

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Médicas



**Estudo do impacte da institucionalização em lares na
satisfação das necessidades humanas fundamentais:
perspectiva dos idosos residentes**

Sónia Alexandra da Silva Ferrão

Dissertação de Mestrado em Saúde Comunitária
orientada pelo Prof. Doutor Mário Cordeiro

RESUMO

O envelhecimento populacional, nos países ditos “desenvolvidos”, tem sido largamente discutido a nível internacional pelas suas implicações económicas, sociais e de saúde. Uma das prioridades de intervenção face a este fenómeno é promover o aumento de pessoas idosas autónomas inseridas no seu contexto social e familiar habitual. No entanto, nem sempre esse objectivo é atingido e a muitas pessoas idosas restam os lares, ou preferem-nos, como opção de alojamento e de satisfação das necessidades humanas fundamentais.

O principal objectivo deste estudo foi procurar saber se a institucionalização no lar teve impacto na satisfação habitual das necessidades humanas fundamentais das pessoas idosas. Como objectivos secundários pretendeu-se complementar esta informação com alguns aspectos relacionados com o processo de institucionalização e perceber se existem diferenças significativas no que respeita ao sexo, grupo etário ou tempo de internamento.

Foram incluídas no estudo 125 pessoas com 65 ou mais anos, residentes em 15 lares com alvará de iniciativa privada, pertencentes à Região de Lisboa e Vale do Tejo, no distrito de Setúbal. Os dados foram obtidos através de um questionário construído para o efeito pela autora.

As principais conclusões do estudo apontaram para um impacto negativo da institucionalização na satisfação habitual de algumas necessidades que se enquadram no plano social, nomeadamente *ocupar-se para se sentir útil, recrear-se e comunicar com os semelhantes*. Nas diferentes necessidades, de uma forma geral, a institucionalização teve um impacto negativo no que respeita às dimensões relacionadas com privacidade e preferência individual. Por outro lado, a institucionalização parece ter tido um impacto positivo nas dimensões relacionadas com a segurança e a acessibilidade. Não foram encontradas diferenças significativas no que respeita ao número médio de respostas favoráveis ao lar ou à casa entre os grupos etários ou quanto ao tempo de internamento. Apesar disso, encontraram-se diferenças no que respeita ao grau de satisfação em residir num lar, sendo que o nível de satisfação com a institucionalização foi maior nas pessoas que residiam no lar há mais de um ano, comparativamente às que residiam no lar há um ano ou menos.

Palavras-chave: idosos residentes em lares, satisfação de necessidades humanas fundamentais, impacto da institucionalização.

ABSTRACT

The ageing of the population of the more developed countries has been largely discussed internationally because of its economic, social and health implications. One of the priorities of intervention facing the ageing phenomenon is to promote the increase of autonomous elderly, within their usual social and familiar environment. Not always this goal is achieved and many elderly have nursing homes as option, or voluntarily choose them, for lodgement and fundamental human needs satisfaction.

The main goal of this study was to search whether the nursing home institutionalization had impact in the satisfaction of fundamental human needs. As secondary goals it was established to complement this information with some aspects of the institutionalization process, as well as to analyse if there were significant differences as far as sex, age groups or institutionalization time.

The study sample included 125 individuals aged 65 years or more, living in 15 private nursing homes with approved legal certification, belonging to the Lisboa and Tagus Valley Region, in the district of Setúbal. Data were collected through a questionnaire designed for this study by the author.

The main conclusions of this study pointed at a negative impact of institutionalization on the usual satisfaction of some human needs included at the social field, namely *occupation, recreation and communication*. At another level of needs, in a general way, institutionalization had negative impact concerning privacy and individual preferences dimensions. On the other hand, institutionalization appeared to have a positive impact in safety and accessibility dimensions. It was not found significant differences between age groups or institutionalization time as far as the average positive answers in favour to nursing home or house. Notwithstanding, there were differences relating to satisfaction in living at the nursing home being the satisfaction higher in residents who lived at the nursing home for more than a year, comparatively to those that lived at the nursing home for a year or less.

Key-words: nursing home residents, fundamental human needs, impact of institutionalization.

ÍNDICE

Agradecimentos	xi
Preâmbulo	xiii
Introdução	1
1. O envelhecimento enquanto problemática	1
1.1. Envelhecimento demográfico em Portugal	3
1.2. Envelhecimento e saúde	3
2. Necessidades humanas fundamentais	5
2.1. Necessidades humanas fundamentais e o envelhecimento	11
3. Soluções de apoio a pessoas idosas	12
4. Processo de institucionalização em lares de idosos	17
5. Impacte da institucionalização na vida da pessoa idosa	24
6. Promoção da autonomia nos idosos residentes em lares: que estratégias?	30
7. Finalidades e objectivos do estudo	34
Metodologia de investigação	35
1. Tipo de estudo	35
2. Amostra	35
2.1. Dimensão da amostra	35
2.2. Critérios de inclusão	36
2.3. Critérios de exclusão	36
2.4. Processo de selecção dos indivíduos	37
3. Recolha de dados	38
3.1. Processo de construção do questionário	38
3.2. Variáveis consideradas no estudo	39

3.2.1. Variáveis de identificação	39
3.2.2. Satisfação das necessidades humanas fundamentais	41
3.2.3. Processo de institucionalização e satisfação de vida	46
3.3. Aplicação do questionário	47
3.3.1. Local	47
3.3.2. Metodologia de preenchimento do questionário	47
3.3.3. Período de aplicação do questionário	48
4. Análise dos dados	48
 Apresentação dos resultados e discussão	 51
 1. Caracterização da amostra	 51
1.1. Lotação dos lares	51
1.2. Indivíduos por lar	51
1.3. Sexo	53
1.4. Idade	54
1.5. Estado civil	55
1.6. Profissão exercida durante mais tempo	56
1.7. Escolaridade	58
1.8. Percepção individual de saúde	58
1.9. Tempo de residência no lar	60
1.10. Motivo de admissão no lar	61
 2. Satisfação das necessidades humanas fundamentais	 63
2.1. Satisfação da necessidade <i>Evitar perigos para o próprio e para os outros</i>	64
2.2. Satisfação da necessidade <i>Comer e beber</i>	65
2.3. Satisfação da necessidade <i>Respirar</i>	67
2.4. Satisfação da necessidade <i>Aprender</i>	67
2.5. Satisfação da necessidade <i>Dormir e repousar</i>	69
2.6. Satisfação da necessidade <i>Estar limpo, cuidado e proteger os tegumentos</i>	69
2.7. Satisfação da necessidade <i>Vestir-se e despir-se</i>	71
2.8. Satisfação da Necessidade <i>Manter a temperatura do corpo nos limites normais</i>	72
2.9. Satisfação da Necessidade <i>Eliminar</i>	72
2.10. Satisfação da Necessidade <i>Praticar a religião ou agir segundo as próprias crenças</i>	73
2.11. Satisfação da Necessidade <i>Ocupar-se para se sentir útil</i>	74
2.12. Satisfação da Necessidade <i>Recrear-se</i>	76
2.13. Satisfação da Necessidade <i>Comunicar com os semelhantes</i>	79
2.14. Satisfação da Necessidade <i>Movimentar-se e manter uma postura correcta</i>	81
2.15. Comparação da média de respostas favoráveis a cada opção na satisfação das necessidades humanas fundamentais	82
2.16. Cuidados institucionais e a satisfação das necessidades humanas fundamentais	83

3. Aspectos relativos à institucionalização e satisfação de vida	84
3.1. Satisfação em residir num lar	84
3.1.1 Razão da (in)satisfação em residir num lar	86
3.2. Regresso a casa se possível	91
3.2.1. Porque voltava a viver em casa	91
3.2.2. Porque não voltava a viver em casa	93
3.2.3. Desejo de ingresso no lar	94
3.2.4. Decisão de ingresso no lar	95
3.2.4.1. Quem decidiu o ingresso no lar	98
3.2.5. Obrigação por outros de ingresso no lar	99
3.2.5.1. Quem obrigou o ingresso no lar	100
3.2.6. Avaliação do lar	101
3.2.7. O que gosta mais no lar	101
3.2.8. O que gosta menos no lar	103
3.2.9. Satisfação de vida	105
3.2.10. O que tornaria a sua vida melhor	107
 Discussão metodológica	111
 1. Selecção da Amostra	112
2. Elaboração e aplicação do questionário	112
 Conclusões	117
 Recomendações	119
 Bibliografia	123
 Apêndices	133
Apêndice 1 – Índice de tabelas e figuras	133
Apêndice 2 – Lista de abreviaturas	137
Apêndice 3 – Questionário	139

AGRADECIMENTOS

A realização desta dissertação implicou o envolvimento de um conjunto de pessoas sem as quais não seria possível a sua concretização, pelo que lhes dirijo os meus sinceros agradecimentos.

Ao Professor Doutor Mário Cordeiro, pelo seu contínuo estímulo à autonomia e criatividade pessoal, sem deixar no entanto de aplicar oportunamente a objectividade, crítica e exigência próprias da orientação de um trabalho neste âmbito.

Aos idosos que entraram neste estudo, pela sincera disponibilidade com que nele participaram e pela forma como partilharam o seu testemunho.

Aos responsáveis dos lares pela amabilidade com que me receberam e se disponibilizaram para participar no estudo.

À Dr.^a Ana Paula Fernandes, secretária geral da Associação de Lares de Idosos e Centros de Dia (ALI), pela disponibilidade e apoio na simplificação de contactos para selecção dos lares a incluir no estudo.

Aos professores do Mestrado em Saúde Comunitária da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, em especial ao Professor Doutor José Luís Castanheira pelo constante apoio e suporte sempre que solicitado, bem como todos os contributos fornecidos na parte lectiva do Curso.

Aos docentes da Escola Superior de Enfermagem de Calouste de Gulbenkian de Lisboa, pelo incentivo, apoio e dispensa concedida para a realização do trabalho de campo.

À família e amigos pela compreensão, paciência e amparo durante este longo percurso.

PREÂMBULO

A expressão “lar, doce lar” remete-nos geralmente a um sentimento de regresso a casa, quando entramos no nosso espaço e nos é transmitida uma inigualável sensação de segurança e conforto.

Por outro lado, a expressão “lar de idosos” desperta provavelmente na maioria de nós um sentimento diferente, associado por um lado às representações que temos de lar de idosos, e por outro às representações que temos das pessoas idosas em si. Assim, a sensação de regresso a casa, segurança e conforto, é frequentemente substituída por último recurso, internamento permanente e dependência.

Ainda que a opção de institucionalização de idosos em lares seja considerada habitualmente como o último recurso, devendo acontecer a uma minoria de pessoas idosas cujas alternativas foram esgotadas, ela é a realidade para milhares de pessoas idosas em Portugal.

A população idosa tem aumentado em número absoluto e em proporção face à população total, representando um desafio a vários níveis para os cuidados de saúde e sociais. Dentro desta população, as pessoas idosas institucionalizadas, apontadas como um grupo vulnerável, têm igualmente aumentado, o que por si só justifica uma intervenção comunitária específica e adequada no que respeita à certificação do cumprimento dos seus direitos humanos fundamentais.

O processo de institucionalização num lar para idosos implica a mudança e adaptação a um ambiente particular em várias dimensões, nomeadamente no espaço físico para a realização de actividades de vida diárias, nas relações formais e informais, e

eventualmente regras de comportamento e na forma de satisfação das necessidades humanas básicas.

Partindo desse princípio surgiram algumas inquietações que constituíram o “motor de arranque” para este trabalho.

Em que medida a satisfação de necessidades humanas fundamentais das pessoas idosas é afectada pela institucionalização num lar? Como é percebida esta situação pelos próprios?

Ao verificar-se impacte da institucionalização na satisfação de necessidades humanas fundamentais, é positivo melhorando ou aumentando a sua satisfação, ou negativo limitando as exigências individuais para a alcançar? Em que necessidades, ou dimensões que delas fazem parte, esse impacte é mais obvio?

Que avaliação fazem os idosos acerca do facto de se encontrarem institucionalizados? O que mais gostam e menos gostam no lar onde residem? Como o avaliam?

Estas preocupações deram origem ao tema de um estudo considerado aliciante, pertinente e actual na medida em que dentro das várias soluções de apoio aos idosos, a institucionalização permanece uma opção para muitas pessoas idosas e, como tal, importa questionar se os serviços prestados são convergentes com as necessidades dos seus utilizadores.

Através deste trabalho pretendeu-se fazer uma primeira abordagem à problemática específica do impacte da institucionalização na satisfação das necessidades humanas fundamentais estabelecendo um diagnóstico da situação e eventualmente encontrar algumas pistas que conduzam a estratégias de intervenção futuras que visem a melhoria dos cuidados prestados pelas instituições de alojamento colectivo em regime de lar.

Utilizar a perspectiva dos idosos residentes foi considerado fundamental, atribuindo-lhes assim um direito por vezes desvalorizado ou mesmo negligenciado no que respeita à avaliação deste tipo de equipamentos.

Parece oportuno, antes de terminar este preâmbulo, esclarecer que no contexto deste trabalho, os termos lar, lar de idosos, ou lar para idosos, devem ser entendidos segundo a definição do Despacho Normativo 12/98 de 25 de Fevereiro; estabelecimentos em que sejam desenvolvidas actividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e propiciando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes.

INTRODUÇÃO

*“The ageing of the global population is one of the biggest challenges facing the world in the next century. It is also a potentially great opportunity. Older people have a lot to contribute”*¹(OMS, 1999).

1. O envelhecimento enquanto problemática

O envelhecimento enquanto problemática pode ser encarado sob várias perspectivas e dimensões, nomeadamente biológica, psicológica, social e demográfica.

Podem encontrar-se na literatura várias definições de envelhecimento, que em regra têm em comum explicá-lo como um processo inevitável com o passar do tempo, complexo e geralmente associado à diminuição da capacidade de resposta do indivíduo às exigências do meio (Robert, 1995; Berger *et al.*, 1995; Ermida, 1999; Costa, 2002).

O processo de envelhecimento pode ser dividido em três componentes: biológico, social e psicológico. O envelhecimento biológico resulta de uma crescente vulnerabilidade e probabilidade de morrer, designada de senescência. O envelhecimento social está relacionado com os papéis sociais esperados pela sociedade para os que são considerados velhos. O envelhecimento psicológico caracteriza-se pela auto-regulação individual em tomar decisões, adaptando-se ao processo de senescência e envelhecimento (Schroots e Birren, 1980 *cit in* Paúl, 1997).

¹ Mensagem deixada por Gro Harlem Brundtland, Directora Geral da Organização Mundial de Saúde, em 1999 no Dia Mundial da Saúde.

Não existe uma base fisiológica, psicológica ou social que marque o início do envelhecimento. As diferenças encontradas no envelhecimento humano são explicadas parcialmente por determinantes genéticas, mas em grande parte influenciadas pelo estilo de vida, ambiente e nutrição ao longo da vida (OMS, 1998; Costa, 2002). Assim, a idade a partir da qual se considera uma pessoa idosa não é consensual, na medida em que a velhice é menos definida pela idade do que pelas faculdades e capacidades individuais (Bruto da Costa, 2001; OMS, 2002). Apesar disso, a idade de 65 anos tem sido utilizada como referência em estudos estatísticos, nomeadamente pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), constituindo-se ainda habitualmente um subgrupo dos “mais idosos” compreendendo a idade de 75 ou mais anos.

O fenómeno do envelhecimento tem sido alvo de inúmeras discussões a nível internacional, em grande parte devido ao envelhecimento populacional observado nos países industrializados (Nações Unidas, 1991; Paúl, 1997; OMS, 2002). Em todo o mundo a proporção da população com 60 ou mais anos de idade tem vindo a crescer mais rapidamente que qualquer outro grupo etário, estimando-se que entre 1970 e 2025 o crescimento seja de cerca de 694 milhões, ou seja 223%, e que as pessoas com mais de 60 anos atinjam um total de 1,2 biliões (OMS, 2002).

O envelhecimento populacional tende a acentuar-se não só com o aumento das pessoas mais velhas, traduzido no aumento da esperança média de vida (envelhecimento de topo), como também pela diminuição das pessoas mais novas através da redução da natalidade (envelhecimento de base). Actualmente esta “involução demográfica” é dominante nas dinâmicas populacionais dos países desenvolvidos, mas a seu tempo é esperada em toda a população mundial (Fernandes, 2001).

Perante este cenário importa reflectir acerca do impacte do envelhecimento demográfico das populações associado às mudanças profundas que têm simultaneamente vindo a ocorrer nas sociedades mais industrializadas, sendo para isso necessário pesquisa e discussão permanentes.

Esta realidade de desequilíbrio intergeracional coloca entre outros aspectos, preocupações ao nível de renovação de gerações já que em certos países da Europa como Espanha ou Itália, o declínio da fecundidade desceu a ponto de nascer

aproximadamente uma criança por mulher, consideravelmente abaixo do limiar de substituição de gerações, que é de 2,1 crianças por mulher (Fernandes, 2001). Em Portugal, no ano de 2004 registaram-se 1,4 nascimentos por mulher (INE, 2005).

1.1. Envelhecimento demográfico em Portugal

Fazendo uma resenha histórica do envelhecimento demográfico em Portugal, em 1900 apenas 5,7% da população total tinha mais de 65 anos. Em 1950 verificou-se um ligeiro aumento para 7%. Seguidamente, em pouco mais de quatro décadas essa proporção duplicou. Por cada 100 homens com mais de 65 anos, no ano de 1900, encontraram-se 455 no ano de 1999, e por cada 100 mulheres da mesma idade, em 1900, encontraram-se 500 em 1999 (Fernandes, 2001).

Actualmente a esperança média de vida em Portugal é de 74 anos para os homens e de 81 anos para as mulheres. Estimou-se que a 31 de Dezembro de 2004 residiam em Portugal 1.790.539 idosos, correspondendo a 17% do total da população, e que no ano de 2050 estes atinjam perto de 3 milhões de indivíduos, cerca de 32% do total da população (INE, 2005).

O crescimento mais significativo verificou-se na população com 80 ou mais anos, já que em 1960 estavam recenseados 107.617 indivíduos, passando em 2004 para 401.008 (praticamente quadruplicou a população neste escalão etário) estimando-se que 2050 atinjam os 950.000 indivíduos (INE, 2005).

O índice de envelhecimento passou de 27 idosos por cada 100 jovens em 1960, para 109 em 2004, prevendo-se alcançar os 243 idosos por cada 100 jovens no ano de 2050 (INE, 2005).

1.2. Envelhecimento e saúde

Relacionando o envelhecimento e a saúde² o grande desafio é compreender e promover os factores que mantêm as pessoas saudáveis em idades mais avançadas. Para isso é

² Definida pela Organização Mundial de Saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1948).

necessário fazer uma abordagem holística tendo em conta inúmeros factores ao longo do ciclo de vida e analisar aspectos que vão desde os cuidados de saúde primários, à reabilitação, saúde mental, entre outros (OMS, 1999).

Muitas políticas de saúde e sociais estão a ser adoptadas tendo em vista um envelhecimento activo para que as pessoas mantenham a sua participação na sociedade e não continuem apenas fisicamente activas (OMS, 2002).

Para se ter uma velhice bem sucedida devem reunir-se três condições: redução da probabilidade de doenças, especialmente as que provocam perda da autonomia³, manutenção de um elevado nível funcional nos planos cognitivo e físico (o que por vezes é designado por velhice óptima) e a conservação de empenhamento social e bem-estar subjectivo, continuando a ter um papel social activo na sociedade, tomando decisões e experimentando coisas novas (Berger *et al.*, 1995; Fontaine, 2000).

Em Portugal, apesar do desenvolvimento das ciências médicas aliado à melhoria das condições gerais de vida (com o visível impacte no aumento da longevidade nas últimas décadas), a realidade encontra-se ainda longe dos padrões Europeus e verifica-se que os últimos anos de vida são muitas vezes acompanhados de vulnerabilidade e incapacidade (DGS, 2004). Assim, a esperança de vida não é muitas vezes acompanhada de esperança de vida saudável e muitos idosos lidam com problemas de dependência nas actividades instrumentais e básicas de vida diária e simultaneamente perda de suporte económico e social.

No que diz respeito à percepção individual de saúde, 49% das pessoas entre 65 e 74 anos, e 54% das pessoas com 75 ou mais anos percebem a sua saúde como “má” ou “muito má” (DGS, 2004).

³ Autonomia pode ser definida como: “a capacidade percebida para controlar, lidar com situações e tomar decisões acerca das actividades de vida diárias, visando as próprias regras e preferências” (OMS, 2002).

A promoção de autonomia e independência⁴ nos idosos, bem como a sua integração na família e comunidade durante o maior tempo possível fazem parte das políticas nacionais de Saúde. Efectivamente, viver mais tempo independente e no seu meio habitual é considerado um objectivo individual e uma responsabilidade colectiva para com as pessoas idosas (Nações Unidas, 1991; OMS, 2002; DGS, 2004). No entanto, a longevidade alcançada nem sempre é acompanhada de autonomia que possibilite às pessoas idosas a satisfação das necessidades humanas fundamentais sem apoio significativo (CID, 2005b).

Com o progressivo aumento do número de pessoas idosas, sobretudo das muito idosas, tem aumentado igualmente a probabilidade de ocorrerem situações de dependência física, psíquica e social, induzindo também um aumento da necessidade de respostas sociais mais adequadas a essas situações (Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 2000). Desta forma, a dependência nos idosos tornou-se assim num grande desafio, já que são os “muito velhos” quem consome cada vez mais os recursos humanos e materiais existentes (Fernandes, 2001).

Um dos dilemas actuais, difícil de resolver por decisores políticos e prestadores de serviços face ao envelhecimento populacional, é como garantir serviços que proporcionem a satisfação das necessidades humanas individuais e autonomia aos idosos numa época de recursos limitados (Weinberg, 1998).

2. Necessidades humanas fundamentais

“A autonomia em longevidade remete-nos para a satisfação das necessidades humanas básicas e respeito pelos direitos humanos – as necessidades e os direitos poderão ser encarados como duas faces de uma mesma moeda, em que as primeiras alicerçam os segundos e estes se consagram” (Ministério da Segurança Social e do Trabalho, 2002).

⁴ Independência define-se como: “a capacidade para desempenhar as actividades do dia a dia, como as actividades básicas de vida diárias, ou as actividades instrumentais de vida diárias, sem a ajuda de outros” (OMS, 2002).

A teoria das necessidades humanas defende que todas as pessoas têm necessidades fundamentais para a manutenção da vida e da saúde (Bolander, 1998).

Uma das primeiras teorias baseadas nas necessidades humanas foi desenvolvida por Maslow (1970), que através da sua teoria positiva da motivação humana estabeleceu uma hierarquia de necessidades que se distribuem por cinco níveis. Estes cinco níveis vão das necessidades mais básicas até às mais complexas, e geralmente o indivíduo precisa de assegurar razoavelmente a satisfação de um nível mais básico de necessidades para procurar satisfazer as necessidades do nível mais complexo imediatamente a seguir (ex. é provável que um indivíduo que não consegue satisfazer as necessidades fisiológicas, procure satisfazê-las antes de dar resposta à necessidade de segurança).

Os cinco níveis da hierarquia de necessidades preconizadas por Maslow (1970) compreendem:

1. *necessidades fisiológicas*: alimentos, ar, água, temperatura, eliminação, descanso, ausência de dor;
2. *necessidade de segurança*: segurança, estabilidade, dependência, protecção e ausência de medo, ansiedade ou caos, regras, limites, entre outros;
3. *necessidade de pertença e amor*: amor, pertença, intimidade;
4. *necessidade de estima*: auto-estima e estima dos outros;
5. *auto-actualização*: utilização ao máximo de todas capacidades e potencial individuais, permitindo ao indivíduo tornar-se naquilo que ele está designado a tornar-se.

Este autor defendeu que só depois de se satisfazerem as necessidades mais básicas se procuram satisfazer as mais complexas, mas que todas as necessidades estão presentes e são necessárias à sobrevivência.

Muitos teóricos de enfermagem basearam os seus trabalhos nas necessidades humanas, nomeadamente Virgínia Henderson que, através da sua maneira de conceber a disciplina de Enfermagem, teve uma grande influência na opção de abordar o problema de investigação através das necessidades humanas fundamentais e constituiu uma

referência nos cuidados de enfermagem no Quebec, em França e outros países da Europa. (Adam, 1994; Bolander, 1998; Phaneuf e Grondin, 2000).

Os três postulados subjacentes à concepção de Virgínia Henderson foram referidos por Adam (1994):

1. *todo o indivíduo tende para a independência e deseja-a;*
2. *o indivíduo forma um todo complexo com necessidades fundamentais;*
3. *a não satisfação de uma necessidade gera um indivíduo incompleto.*

O modelo de Virgínia Henderson é referido como uma abordagem global que encara cada pessoa como um ser completo e integrado no seu ambiente (Costa, 1998). Nesta abordagem a pessoa é vista como um todo e, doente ou saudável, apresenta 14 necessidades humanas fundamentais, que embora sejam básicas e comuns a todos os indivíduos, têm características específicas para cada pessoa de acordo com o contexto em que se encontra, estágio de maturação, entre outros (Henderson, 1978).

De certa forma, a divisão das necessidades feita por Maslow e Virginia Henderson podem relacionar-se. Na hierarquia de Maslow, as necessidades fisiológicas e de segurança encontram-se no plano de sobrevivência e as restantes (pertença, estima e auto-realização) no plano social. Paralelamente, as necessidades humanas fundamentais definidas por Virgínia Henderson agrupam-se no plano da sobrevivência (respirar, comer e beber, evitar os perigos, eliminar, movimentar-se e manter uma postura correcta, dormir e repousar, manter a temperatura corporal e vestir-se e despir-se) e no plano social (comunicar com os semelhantes, ocupar-se para se sentir útil, recrear-se, agir segundo as crenças e aprender) (Costa, 1998).

As necessidades humanas básicas podem ser consideradas como um conjunto de elementos que interagem entre si e motivam o ser humano a viver. Desta forma, não determinam simplesmente o que cada indivíduo necessita, mas também aquilo que ele pode dar (Ministério da Segurança Social e do Trabalho, 2002). Assim, as necessidades humanas são consideradas como exigências e não como carências ou insuficiências, devendo a enfermeira, segundo Virginia Henderson, “*suprir, no doente, aquilo que lhe falta para ser completo, total ou independente*” (Henderson, 1969 cit in Adam, 1994). Efectivamente, as intervenções de enfermagem visam, segundo Virginia Henderson,

assegurar a independência da pessoa na satisfação das 14 necessidades humanas fundamentais, fazendo pela pessoa aquilo que ela faria por si se tivesse força, vontade ou conhecimento (Henderson e Nite, 1978; Riopelle *et al.*, 1984).

As 14 necessidades fundamentais têm dimensões bio-fisiológicas, bem como psicológicas, sociais e culturais, que abrangem aspectos económicos, políticos e espirituais. Desta forma, as várias dimensões que caracterizam o ser humano enquanto tal descrevem igualmente cada uma das suas necessidades fundamentais. Para além de pluridimensionais, as necessidades humanas fundamentais são coexistentes, permanentes e mutáveis (Riopelle *et al.*, 1984; Adam, 1994; Ministério da Segurança Social e do Trabalho, 2002).

De seguida faz-se um breve resumo de cada necessidade, bem como as várias dimensões que as compõem (Henderson e Nite, 1978; Adam, 1994; Riopelle *et al.*, 1984; Phaneuf e Grondin, 2000):

Respirar: esta necessidade tem aspectos bio-fisiológicos na respiração pulmonar e celular, mas também aspectos psicológicos e socioculturais, já que por exemplo determinadas emoções têm influência na respiração. Respirar ar puro ou odores considerados agradáveis têm influência no bem-estar, e constituem uma sensação de prazer. Determinados hábitos como o fumar ou, por outro lado, praticar meditação, por exemplo, conferem uma importância especial à respiração.

Comer e beber: a necessidade de comer e beber tem uma dimensão bio-fisiológica que implica, entre outras, exigências de nutrientes relacionadas com o estado de saúde (ex. diabéticos) e competências de ordem funcional como levar a comida à boca, mastigar, deglutir e digerir. É também fortemente influenciada por hábitos associados à religião, nacionalidade, região de origem, ou mesmo o género, consistindo muitas vezes um ritual de grupo. As emoções têm igualmente influência na satisfação desta necessidade, nomeadamente a ansiedade e a tristeza.

Eliminar: esta necessidade engloba a eliminação renal, intestinal e cutânea sendo influenciada por inúmeros factores mecânicos, químicos, nervosos e hormonais, que compõem a dimensão bio-fisiológica. As dimensões psicológicas e socioculturais são

também importantes no que respeita aos hábitos de higiene, exigências de intimidade, ou rituais habituais na eliminação.

Movimentar-se e manter uma postura correcta: a dimensão bio-fisiológica desta necessidade contende que os níveis de independência variem consoante a fase do ciclo de vida ou estado de saúde, o que pode implicar o uso de dispositivos auxiliares ou ajuda externa por exemplo para posicionamentos. Os aspectos psicossocioculturais influenciam a postura corporal, nível de actividade, regras de comportamento, entre outros.

Dormir e repousar: os aspectos bio-fisiológicos implicados nesta necessidade variam com a idade e condição de saúde. Os aspectos socioculturais e psicológicos influenciam esta necessidade através de emoções e imposições sociais, bem como rituais associados ao sono e repouso, como o banho, leitura, ingestão de leite, entre outros.

Vestir-se e despir-se: do ponto de vista bio-fisiológico, a satisfação desta necessidade implica autonomia funcional, sendo que a independência se relaciona com a idade e condição de saúde. Relativamente às dimensões psicológica, social e cultural, esta necessidade expressa frequentemente o grupo social a que se pertence, a religião que se segue, características da personalidade, afirmação da sexualidade ou mesmo expressão de sentimentos. Aspectos relacionados com o pudor, tendo em conta a idade, sexo e grupo de pertença são relevantes para a completa satisfação desta necessidade.

Manter a temperatura do corpo dentro dos limites normais: relativamente à dimensão bio-fisiológica desta necessidade, aspectos como a idade vão determinar a temperatura do corpo e a tolerância às variações da temperatura ambiente. Outros aspectos como o estado de hidratação ou forma de vestir influenciam a temperatura corporal. Quantos aos aspectos psicológicos (associados muitas vezes a aspectos sociais e ou culturais), as emoções podem alterar a temperatura corporal. O tipo de habitação é também importante na manutenção da temperatura do corpo dentro dos limites normais.

Estar limpo, cuidado e proteger os tegumentos: a independência nesta necessidade implica autonomia funcional no que diz respeito à dimensão bio-fisiológica. Na dimensão psicológica, as emoções influenciam o estado da epiderme, a forma de cuidar

da pele e tegumentos e o bem-estar decorrente desses cuidados. Na dimensão social e cultural, as normas para os cuidados de higiene variam de grupo para grupo e ao longo do tempo.

Evitar os perigos para o próprio e para os outros: relativamente à dimensão bio-fisiológica desta necessidade, a independência na sua satisfação pode verificar-se em aspectos como a restrição de certos alimentos, consumo de medicamentos ou limitação de determinadas actividades. Nas dimensões psicossocioculturais, a segurança pode ser obtida evitando o isolamento social ou a alienação cultural, ou usar mecanismos de protecção ocupacional. Evitar perigos para os outros implica por exemplo evitar o contágio de uma doença transmissível.

Comunicar com os semelhantes: nas dimensões biológicas e fisiológicas, esta necessidade implica capacidade de expressão verbal e/ou não verbal. No aspecto psicossociocultural, a expressão de emoções e formas de as expressar depende do grupo de pertença dos indivíduos e do tipo de educação que tiveram. A sexualidade é também considerada uma forma de comunicação.

Praticar a religião ou agir segundo as suas crenças: a componente bio-fisiológica relacionada com a independência na satisfação desta necessidade implica frequentemente capacidade física para deslocações, ou determinadas práticas necessárias ao culto, por exemplo a restrição de certos alimentos ou mesmo intervenções médicas. A influência de fenómenos sociais e relações interculturais fazem parte da componente biopsicossocial desta necessidade sendo que as emoções, a procura de sentido na vida e na morte, ou o desejo de comunicar com uma entidade superior desempenham um papel importante.

Ocupar-se de modo a sentir-se útil: a componente bio-fisiológica desta necessidade influencia o tipo de actividade ou tarefa que cada indivíduo desenvolve. Também o desenvolvimento psicossocial e as normas culturais influenciam a satisfação desta necessidade pela escolha de actividade norteadas por normas existentes ou papel social que se desempenha. A motivação para a satisfação desta necessidade é influenciada pelas emoções, nomeadamente no que respeita às preferências e aspirações do indivíduo.

Recrear-se: a necessidade de descontração e recreação é comum a todos os seres humanos, mas a forma de a satisfazer é influenciada pela idade e pela condição de saúde na componente biológica e fisiológica. Aspectos relacionados com a cultura e grupo social influenciam o tipo de actividades que satisfazem esta necessidade, seguindo tradições, seleccionando actividades que sejam consideradas adequadas ao grupo social a que se pertence, entre outros.

Aprender: esta necessidade está relacionada com o aumento de conhecimentos, satisfação de curiosidade e descoberta. A intensidade com que se manifesta esta necessidade é influenciada pela idade e implica aspectos biológicos e fisiológicos, nomeadamente a integridade dos sentidos, para a sua satisfação. O desejo de aprender, a motivação, emoções, valor atribuído à educação e formas de aprender são influenciados por aspectos culturais, económicos, políticos e sociais. As necessidades de aprendizagem acerca da saúde são muito diversificadas.

2.1. Necessidades humanas fundamentais e o envelhecimento

Relacionando as necessidades humanas fundamentais e o envelhecimento, um obstáculo que se encontra na adequação da sua satisfação é considerar-se que os idosos são um grupo homogéneo de pessoas que têm as mesmas necessidades (Nações Unidas 1991; Berger *et al.*, 1995; Martyn e Fabiano, 2004; Watt e Soifer, 2004; Ministério da Segurança Social e do Trabalho, 2002).

Não existe fundamento científico para se considerar as pessoas idosas como um grupo homogéneo, já que o envelhecimento resulta de um processo individual e lento, que é variável de acordo com uma série de factores, nomeadamente biológicos, sociais, culturais (Costa, 1998). Apesar disso, verifica-se uma visão de uniformidade atribuída à população idosa, que leva a considerar-se que os idosos ao atingirem um estágio do ciclo vital esbatem as diferenças individuais tornando-se um grupo homogéneo de indivíduos, caracterizados pela diminuição de capacidades vitais, recursos sociais e económicos (Paúl, 1997). Efectivamente, a sociedade por vezes discrimina as pessoas com base na idade, sendo um exemplo disso a tendência para a simplificação excessiva das actividades desempenhadas pelas pessoas idosas como se todas fossem iguais e não

tivessem capacidade para desempenhar actividades mais complexas, desvalorizando-se competências, conhecimentos e experiência adquirida ao longo da vida (Arantes, 2003).

3. Soluções de apoio a pessoas idosas

As soluções de apoio a pessoas idosas encontram-se habitualmente divididas em redes de apoio informal e redes de apoio formal. No que respeita à rede de apoio informal, uma pessoa presta cuidados a outra com base em solidariedade, como um voluntário, ou baseado em laços de parentesco ou amizade sem esperar contrapartidas pecuniárias ou outras. Por outro lado, na rede de apoio formal, a pessoa que presta cuidados a outro fá-lo numa base contratual. Neste caso, a relação que estabelece com o utente/cliente é profissional e qualificada, sob o compromisso da prestação de cuidados com deveres particulares, com recompensa pecuniária e/ou material pelo exercício das suas funções (Ministério da Segurança Social e do Trabalho, 2002).

As redes de apoio informal aos idosos são constituídas essencialmente pela família, mas também por grupos de amigos e vizinhos que surgem muitas vezes como um recurso significativo complementar ao apoio familiar ou mesmo em sua substituição.

Apesar das mudanças sociodemográficas a que as famílias das sociedades modernas se encontram expostas, a solidariedade familiar representa ainda o principal sistema de suporte dos idosos, sendo que um dos papéis atribuídos aos seus membros é cuidar dos idosos (Azeredo, 2001; Fernandes, 2001; Moniz, 2003).

Dentro dos vários serviços de apoio aos idosos prestados pelos familiares encontram-se o transporte, a verificação do bem-estar do idoso, tarefas domésticas, assistência legal, compras, preparação de refeições, supervisão e ajuda financeira (Paúl, 1997).

Em muitas situações a ajuda não é unilateral e existe uma permuta de apoio entre as pessoas idosas e os familiares. Efectivamente, muitos idosos contribuem no cuidado aos mais novos, colaboram monetariamente para o agregado doméstico, servem de

mediadores com a vizinhança, entre outros (Fernandes, 2001; Ministério da Segurança Social e do Trabalho, 2002).

Apesar da família manter um papel significativo no apoio a prestar aos idosos, alguns factores podem contribuir para a dificuldade em assegurar esse apoio, nomeadamente a progressiva redução do número de filhos, a emancipação da mulher, a maior mobilidade geográfica e a passagem das famílias tradicionalmente multigeracionais para nucleares (Arantes, 2003). Assim, quando os idosos se deparam com o facto de não terem parentes, estes viverem afastados, ou mesmo quando existem situações de conflito ou abandono, estabelecem com vizinhos, amigos ou empregados, verdadeiros laços familiares (Zimerman, 2005). Esta situação permite que o apoio habitualmente prestado por familiares seja assegurado por estes elementos, nomeadamente no que respeita a actividades de lazer, suporte emocional e muitas vezes, especialmente os vizinhos, suporte instrumental (Paúl, 1997).

Apesar do importante papel desempenhado pela rede de apoio informal, a realidade de muitos idosos é a escassez ou mesmo ausência desse tipo de suporte. Efectivamente, verifica-se em Portugal um aumento de casos de abandono e isolamento que implicam um alargado campo de intervenção dos agentes sociais (Bruto da Costa 2001; Pimentel, 2001).

A escassez de redes de apoio informal nas pessoas idosas é favorecida por uma série de factores, nomeadamente:

- *a reforma*; muitas relações interpessoais são formadas no âmbito do contexto laboral e podem diminuir ou deixar de existir após o afastamento da pessoa idosa deste meio (Fernandes, 2001);

- *morte de familiares e amigos*; este acontecimento vai aumentando com a idade, reduzindo assim a rede de apoio formada ao longo da vida. Frequentemente os idosos passam por lutos sucessivos, atravessando perdas de pessoas significativas com uma frequência e proximidade progressivamente maior, nomeadamente de irmãos, amigos e mesmo o cônjuge (Paúl, 1997);

- *problemas de saúde*; défices visuais, auditivos, cognitivos e de mobilidade podem levar os idosos a reduzir, entre outros aspectos, o contacto social e a capacidade de reciprocidade nas relações (Sousa *et al.*, 2004);

- *mudanças verificadas na estrutura familiar*; a família “habitual” passou de alargada a nuclear, muitas vezes monoparental e com a particularidade de ser actualmente comum as mulheres terem uma carreira profissional o que condiciona a sua disponibilidade para prestar apoio que lhes era conferido naturalmente, não só às crianças, mas também aos idosos (Bruto da Costa, 2001);

- *mobilidade e migração*; implica muitas vezes afastamento geográfico de familiares e pessoas significativas o que reduz o capital social e a construção e sedimentação de recursos de apoio informais. O êxodo rural para as periferias urbanas favorece o isolamento das pessoas idosas (Paillat, 1976);

- *filosofia de consumo e lucro*; coloca os idosos em desvantagem, por não corresponderem a esta expectativa já que reforma implica frequentemente a diminuição de capital económico associada a outro tipo de gastos que surgem, nomeadamente relacionados com cuidados de saúde;

- *representação social dos idosos*; considerados muitas vezes como um fardo em vez de fonte de experiência, conhecimento e sabedoria. Existem inclusivamente alguns mitos particularmente persistentes relativamente aos idosos, nomeadamente: “*os idosos são todos iguais, os homens e as mulheres envelhecem de igual forma, os idosos são fisicamente frágeis, os idosos não têm nada para contribuir e os idosos são um fardo económico*”. (Kalache, 1999)

- *uma sociedade “Bowling Alone”* referida por Putman que priva os indivíduos de boas relações sociais e envolvimento nas actividades comunitárias ao longo da vida, reduzindo assim o capital social e a formação de redes de apoio necessárias na velhice (Szreter, 2002);

- *culto da beleza e juventude*; as sociedades contemporâneas tendem a rejeitar e segregar os que não possuem estes atributos, colocando os idosos em desvantagem (Paillat, 1976).

Perante estes factores o idoso pode estar limitado no que diz respeito às redes sociais de apoio, uma vez que estas tendem a diminuir progressivamente de tamanho concentrando-se muitas vezes nos familiares mais próximos. A capacidade do idoso retribuir o que recebe também pode reduzir-se, o que tende a fragilizar ainda mais as redes existentes (Sousa *et al.*, 2004). Assim surgem situações de solidão, perda de contactos familiares e sociais, défice de recursos económicos e/ou suporte social e perda de autonomia (Costa, 2002). Estas situações conduzem a um aumento de investimento em recursos sociais e de saúde formais para assegurar o bem-estar das pessoas idosas (Ministério da Segurança social e do Trabalho, 2002).

As redes de apoio formal surgem assim por incapacidade parcial ou total das redes de apoio informal em responder às necessidades dos idosos. Estas redes formais incluem os lares, serviços de apoio domiciliário, centros de dia ou centros de convívio. Os serviços prestados podem ser da responsabilidade da segurança social ou poderes locais como câmaras ou juntas de freguesia. Dentro destes serviços encontram-se as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) muitas vezes ligadas à igreja que representam um papel importante na prestação deste tipo de serviços. Também instituições privadas com fins lucrativos fornecem uma parte importante de serviços de apoio social.

Cerca de 11,4% das pessoas idosas usufruem de equipamentos e/ou serviços formais sendo que os três mais comuns são o apoio domiciliário, centro de dia e lar. A União Europeia estimou que apenas 3% da população idosa se encontra em situação de grande dependência (Ministério da Segurança Social e do Trabalho, 2002).

Das várias alternativas possíveis de apoio formal, as que permitem a manutenção do idoso no seu contexto habitual são preferíveis ao regime de internamento. Efectivamente, a maioria dos idosos deseja permanecer em casa em detrimento da opção de internamento, pelo que as soluções que visem o apoio no domicílio o maior

tempo possível são desejáveis (Secretaria de Estado da Segurança Social, 1991; Schulz, 1995; Bruto da Costa, 2001; Patchner e Patchner, 2004).

Idealmente, a pessoa idosa poderá permanecer em casa com recurso a apoio formal quando preenche cinco critérios: estabilidade clínica, a existência de pelo menos um cuidador apto, ambiente físico adequado às necessidades da pessoa idosa e cuidadores, acesso a serviços profissionais e suporte financeiro adequado (Sousa *et al.*, 2004). No entanto, devido à reduzida rede de equipamentos existentes, nem todos os idosos podem usufruir das soluções de apoio mais adequadas no domicílio (Secretaria de Estado e da Segurança Social, 1991; Schulz 1995; Paúl, 1997). Assim, apesar da maioria das pessoas idosas querer viver o maior tempo possível em sua casa, o desenvolvimento de serviços de proximidade e a criação de uma rede organizada e credível de prestadores de cuidados domiciliários não têm sido alcançados presenciando-se à cada vez maior proeminência de respostas de alojamento colectivo (Quintela, 2001).

Os lares constituem uma resposta social desenvolvida em regime de alojamento colectivo de utilização temporária ou permanente para idosos em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia (Bonfim *et al.*, 1996). São considerados lares os estabelecimentos onde são desenvolvidas actividades de suporte social a pessoas idosas através de alojamento colectivo, de carácter temporário ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, conforto e higiene, promoção de animação social e ocupação dos tempos livres dos seus utilizadores (Ministério do Trabalho e Solidariedade e Ministério da Economia, 2000).

Os lares têm como objectivo específico fornecer serviços permanentes e adequados à problemática do idoso, contribuindo inclusivamente para a estabilização ou adiamento do processo de envelhecimento. Devem ter ainda como objectivo fortalecer a relação inter familiar e promover a integração destes equipamentos na comunidade (Secretaria de Estado e da Segurança Social, 1991).

Em Portugal existem 1.517 lares legais com capacidade para 58.556 idosos. O Estado assegura 66% dos lares existentes através de Acordos de Cooperação em regime de Lar de Rede Solidária (Ministério do Trabalho e Solidariedade, 2005). As respostas estatais parecem não ser no entanto suficientes em termos de lares de idosos, verificando-se a

proliferação de lares privados, muitos destes funcionando clandestinamente (Grácio, 1999) com a perigosidade da sua não regulação e avaliação, se traduzir frequentemente em recursos escassos com um baixo rácio de funcionário/residentes e, na sua maioria, pouco qualificados (Bravo *et al.*, 1998).

Começam a aumentar alternativas aos lares de idosos, nomeadamente as residências geriátricas ou “assistidas”, para pessoas idosas com alguma capacidade funcional. As residências permitem que as pessoas idosas administrem o seu espaço usufruindo de serviços variados, nomeadamente serviço de refeições, ginásio, cabeleireiro, enfermagem, entre outros. Estas alternativas parecem trazer a possibilidade a alguns idosos de manter a autonomia e controlo sobre o seu espaço e actividades, embora os seus custos façam com que poucos possam usufruir dessa solução de apoio (Reis, 1994; Timmermann, 2004).

Apesar das várias soluções de apoio existentes, no que diz respeito às reservas de solidariedade social e vizinhança, lares, centros de dia, ou apoio domiciliário, parece não haver ainda uma resposta suficiente nem adequada à dimensão e exigência das necessidades de apoio às pessoas idosas (Fernandes, 2001).

4. Processo de institucionalização em lares de idosos

O processo de institucionalização é simbolizado pela saída do idoso de casa e comporta habitualmente um conjunto de etapas: a decisão pela institucionalização, a selecção do lar e a adaptação à nova residência (Sousa *et al.*, 2004).

A primeira etapa de decisão sobre a institucionalização pode decorrer do próprio idoso e/ou da família, ou mesmo de profissionais que aconselham essa opção. Tal como referido, a incapacidade para a realização das actividades instrumentais e básicas de vida diárias combinada com a insuficiência ou ausência de apoios sociais estão geralmente relacionados com a institucionalização em lares de idosos, sendo esta resposta de apoio formal considerada pelo próprio e/ou por outros a melhor opção (Paúl, 1997).

Sousa *et al.* (2004) referiram que a possibilidade de realojamento do idoso acontece quando a sua casa se torna uma fonte de vulnerabilidade, e mencionaram algumas situações típicas em que essa hipótese é equacionada, nomeadamente: a morte do cônjuge (medo de viver sozinho, não ter apoio), após uma queda ou uma doença (limitações da casa face à nova situação como por exemplo, a existência de escadas), ou a localização da habitação (encontrar-se isolado, estar longe do hospital ou centro de saúde, afastado dos filhos).

Um estudo realizado pelo Observatório de Idosos e Grandes Dependentes nas Misericórdias Portuguesas verificou que os principais motivos de internamento dos idosos em lares foram a falta de retaguarda familiar, perda de autonomia, solidão e aparecimento ou agravamento de doença (Rodrigues, 2005).

Segundo Berger *et al.* (1995), a hipótese de internamento de uma pessoa idosa numa instituição surge quando as incapacidades físicas e psicológicas da mesma aumentam e as capacidades de resposta do meio diminuem.

No que diz respeito à decisão da institucionalização pela própria pessoa idosa, Allen *et al.* (1992), *cit. in* Squire (2005), referiram que apenas metade das pessoas que se encontravam a receber cuidados residenciais falou com alguém antes da decisão de ir para o lar. Destes, mais de um terço falou com o cuidador informal principal, cerca de um quinto falou com um familiar e poucos discutiram com amigos ou vizinhos. Estes autores referem que o que leva as pessoas idosas a pensar em cuidados residenciais se prende com o facto de estarem demasiado doentes ou serem incapazes de tomar conta de si próprios. Assim, parece que os cuidados residenciais são habitualmente pensados como locais para onde se vai quando existe uma incapacidade em tomar conta de si mesmo, e não como um local onde se pode melhorar a saúde.

Após a decisão pela institucionalização surge a segunda etapa, onde o idoso e/ou a família procuram as respostas disponíveis.

Os aspectos considerados habitualmente mais importantes pelos familiares dos idosos relativamente ao lar seleccionado são: a segurança, privacidade, atmosfera familiar e a capacidade de responder aos desejos do familiar idoso (Sousa *et al.*, 2004).

Relativamente ao que corresponde um bom lar na perspectiva dos idosos, Groger (1995) cit. in Sousa *et al.* (2004), explorou esta questão, sendo que os idosos consideraram que um bom lar era aquele que: *“tem actividades de animação; possibilita saídas (passeios, acesso fácil às actividades de lazer da comunidade...); fornece uma boa alimentação; tem pessoal simpático e competente e não está sempre a mudar quem lá trabalha; permite ter quarto individual; facilita que os residentes façam boa companhia uns aos outros; oferece conforto físico; disponibiliza serviços de apoio (fisioterapia, enfermagem, educação física...); é seguro; não é demasiado grande”*.

Relativamente à dimensão do lar, tem sido descrita a importância dos lares serem de pequenas dimensões (40 ou menos residentes) de forma a serem melhor integrados na comunidade onde estão inseridos, para que as acções de animação sejam mais dinâmicas e não se descurem os cuidados aos utentes (Secretaria de Estado e da Segurança Social, 1991).

A terceira etapa do processo de institucionalização, relativa à integração e adaptação à nova residência, é condicionada por vários factores e obviamente influenciada pela forma como as duas etapas anteriores aconteceram.

A representação social de um lar de idosos é significativa na integração e adaptação ao lar, pois como Sousa *et al.* (2004) referiram: *“Na nossa sociedade ir para uma instituição, ou mesmo, frequentar um equipamento para idosos é interpretado (também pelos idosos) como demonstração de desinteresse ou abandono do idoso pelos seus familiares. Os cuidados aos mais velhos são percebidos como um dever familiar e o recurso a instituições sociais interpretados como um descartar e negligenciar de uma obrigação inerente aos laços familiares”*. Desta forma é fundamental que o processo de decisão, selecção e integração da pessoa idosa no lar seja feita abertamente, com a pessoa idosa no centro das decisões. Durante o processo de adaptação da pessoa idosa ao lar é importante que exista um familiar de referência que constitua o elo de ligação entre o lar e a família, a quem o idoso possa recorrer sempre que tenha necessidade. A existência deste elemento permite deixar clara a relação próxima entre a família e a instituição para que o idoso sinta que está a ser acompanhado pela família e não abandonado pela mesma (Zimerman, 2005).

A instituição que acolhe a pessoa idosa vai condicionar a integração e aceitação da realidade institucional através do tipo de normas que regulam o seu funcionamento e o grau de abertura para o espaço exterior (Pimentel, 2005).

Se a instituição corresponder às expectativas definidas pelo idoso e familiares, a integração e adaptação ao lar realiza-se de forma mais fácil. O idoso está integrado na nova residência quando sente que esta é a sua nova casa, e para tal acontecer deve existir um certo grau de continuidade com o que era a vida da pessoa antes de entrar no lar. Assim sendo, a instituição deve garantir o respeito pela dignidade, autonomia, privacidade e independência (Sousa *et al.*, 2004).

Miguel (1997) reforçou a importância dos lares não serem estruturas asilares e hospitalares clássicas, devendo ser criados espaços pessoais que minimizem a ausência da intimidade daquela que era para o idoso a “sua casa”. É pois de extrema relevância tornar o ambiente institucional familiar, acolhedor e que transmita ao idoso uma sensação de continuidade com o passado. Assim, é de fomentar que o idoso traga a sua mobília ou pelo menos os acessórios que sejam significativos, bem como a existência no lar de vasos com plantas naturais e aquários com peixes, aves, ou até mesmo outros animais de estimação (Netto, 2002; CID, 2005b).

A manutenção das relações com a comunidade envolvente e o estabelecimento de relações sociais com os seus pares no interior da instituição contribuem igualmente para uma integração positiva do idoso no lar (Pimentel, 1995). A entrada da pessoa idosa no lar pode acarretar entre outras perdas uma ruptura, mesmo que não total, nas suas relações. Por outro lado, a institucionalização poderá ser encarada de forma mais positiva se facilitar o acesso a novas amizades, nomeadamente em idosos com alguma incapacidade que tinham já dificuldade de acesso aos seus amigos (Paúl, 1997).

Para facilitar o acolhimento da pessoa idosa no lar e facilitar as relações sociais com os seus pares, pode preparar-se a chegada do novo residente com a colaboração daqueles que já vivem na instituição, principalmente aqueles que se sentem adaptados e tranquilos, formando um “comité de acolhimento” (CID, 2005b).

Kahana *et al.* (1989) *cit. in* Paúl (1997) descreveram, no âmbito da adaptação do idoso ao lar, o modelo de congruência onde se considera que a institucionalização ocorre geralmente na sequência da incapacidade funcional associada à ausência ou insuficiência de apoios sociais e que a congruência entre as necessidades dos idosos e o comportamento de quem presta o apoio são determinantes fundamentais do bem-estar dos residentes depois da institucionalização. Quando surge incongruência entre políticas institucionais e as necessidades dos idosos, estes fazem esforços para lidar com essa incongruência. De acordo com o meio em causa, os esforços dos idosos poderão ser bem sucedidos e a adaptação é facilitada ou se a incongruência não é resolvida, provavelmente o idoso irá desenvolver desânimo aprendido, depressão e incapacidade excessiva. Estes elementos são coincidentes com os mencionados por Lerner e Hultsch (1983) *cit. in* Fonseca (2005) que exploraram as variáveis que contribuem para avaliar a adaptação do idoso ao lar, nomeadamente: a decisão de ir para o lar, características do indivíduo para lidar com ambientes formais e discrepância entre as competências individuais e o ambiente institucional.

É importante perceber as expectativas que o idoso tem face à institucionalização, bem como as da sua família que nem sempre são coincidentes. Muitas vezes os idosos enfrentam a entrada na instituição como uma ameaça à liberdade, abandono pelos filhos, aproximação da morte e interrogações acerca do possível tratamento por parte dos funcionários e outros residentes. Na perspectiva da família, a instituição pode ser encarada não só como o local onde irão ser prestados cuidados ao seu familiar idoso, como ainda uma oportunidade para este fazer novos contactos sociais e mesmo amizades. Estas expectativas devem no entanto ser discutidas entre os vários intervenientes e confrontadas com a realidade da instituição escolhida. Os responsáveis do lar devem estar alerta para as dinâmicas de grupo estabelecidas entre os residentes, possíveis resistências criadas a novos residentes e acompanhar o processo de integração do novo elemento (Netto, 2002).

Durante o processo de institucionalização devem ter-se em atenção as fases descritas e o facto de, independentemente das circunstâncias que envolvem o internamento, este representar sempre uma mudança significativa na vida do idoso e uma ruptura com o meio em que este está envolvido. É importante perceber que a realidade de um internamento num lar pode ser encarada com ansiedade, e se for difícil para o idoso

integrar o seu projecto de vida no novo contexto, o processo de institucionalização pode mesmo tornar-se dramático (Pimentel, 1995).

Zimerman (2005) descreveu alguns problemas relacionados com o processo de institucionalização de idosos em lares, bem como algumas estratégias para a sua minimização, nomeadamente:

- ***mudança interna de parâmetros***: a institucionalização exige ao idoso uma alteração do esquema mental quanto ao espaço físico, bem como às suas rotinas, horários e relações habituais. *“Ao mudar-se para a instituição, terá que se habituar a um novo esquema, a uma rotina diferente, com pessoas diferentes e horários preestabelecidos para comer, dormir, tomar banho etc., geralmente de acordo com as conveniências da casa e não as dele.”* O acompanhamento na integração no espaço físico e o fornecimento de uma planta escrita dos vários espaços do lar e rotinas habituais da instituição poderá constituir uma estratégia útil para a minimização do impacto na mudança de parâmetros habituais;

- ***convivência***: o facto do idoso passar a ter mais contacto com as pessoas que trabalham no lar e com outros residentes do que com os seus familiares constitui uma mudança que nem sempre é tranquila, especialmente quando existem divergências sociais, ideológicas, religiosas, temperamentais entre outras. Neste aspecto, um factor importante para a forma como esta mudança é vivida pelo novo residente é a atitude de outros residentes face à institucionalização, já que o idoso recém-chegado pode encontrar umas pessoas adaptadas à institucionalização e outras revoltadas, críticas e deprimidas, para além de muitas situações em que outros residentes se encontram doentes e muito dependentes. Nestas situações deve estimular-se a pessoa idosa na fase de integração a aproximar-se das pessoas com quem se identifica, preferencialmente de pessoas com maior nível de aceitação da institucionalização, mantendo uma atitude aberta e evitando o conflito. O facto dos idosos institucionalizados habitualmente conviverem apenas com outros idosos e com as pessoas que trabalham nos lares faz com estes vivam numa situação díspar do mundo real. *“...as instituições não são pensadas como um lugar para onde as pessoas vão para uma temporada de longa duração. Os administradores e aqueles que planejam esses locais deveriam ter o*

cuidado de entender melhor o velho e procurar fazer com que a vida dentro das instituições fosse o mais parecida com o que é fora dela, já que o velho não está lá de passagem e sim, provavelmente, para o resto da vida. Deve-se proporcionar um intercâmbio com pessoas diferentes, crianças, jovens e demais pessoas da comunidade, evitando o isolamento dos velhos.”;

- **perdas**: a morte numa instituição deste género é algo relativamente comum, mas existe por vezes a relutância em aceitá-la e mesmo dificuldade na abordagem do assunto pelos funcionários do lar. Assim, uma estratégia importante para minimizar o impacto das mortes de pessoas com quem os idosos institucionalizados criam laços e se identificam seria a oportunidade de falar abertamente acerca da morte e trabalhar as perdas de forma a promover o luto “normal”;

- **falta de convivência com o sexo oposto**: este aspecto é relevante no sentido em que existem lares que não são mistos e integram pessoas apenas de um sexo, o que contribui ainda mais para o afastamento da realidade social já acima referido. Por outro lado, mesmo nos lares mistos a intimidade entre duas pessoas não é muitas vezes encarado com naturalidade, factor em muito associado à representação da sexualidade nos idosos sendo estes muitas vezes alvos de represálias e discriminação. Assim, as estratégias de intervenção podem passar por desmistificar entre os funcionários e mesmo entre os idosos a sexualidade nesta fase da vida, permitindo o estabelecimento de relações de intimidade;

- **abandono**: verifica-se frequentemente a diminuição de visitas aos idosos institucionalizados à medida que o tempo de institucionalização aumenta, sendo que por vezes as visitas começam por ser três vezes por semana e vão diminuindo gradualmente até uma a duas vezes por ano. Seria desejável a promoção da manutenção regular das visitas, as saídas do idoso do lar e a manutenção do vínculo familiar, para que o idoso sinta que pode sempre contar com a família, ainda que passe a viver noutro contexto.

5. Impacte da institucionalização na vida da pessoa idosa

O processo de entrada da pessoa idosa num lar pode ser traumática para o próprio por sentir a sua realidade habitual ameaçada, ou para a família que se sente frequentemente culpada por não ser capaz de cuidar do seu familiar idoso e ter de o colocar num lar (Patchner e Patchner, 2004). Por outro lado, o contexto institucional determina em parte os problemas que a pessoa idosa apresenta como consequência da institucionalização, dependendo as respostas do idoso institucionalizado do ambiente físico, psicológico e social vivido na instituição (Martyn e Fabiano, 2004).

A história e evolução dos lares, bem como as representações sociais que lhes estão associadas, podem por si só influenciar o impacte da institucionalização. Netto (2002) afirmou que as imagens habitualmente associadas aos lares de idosos correspondem a um lugar sombrio e malcheiroso onde se encontram idosos em estado de semitorpor, à espera não se sabe bem de quê. Este autor referiu ainda que as representações que as pessoas têm dos lares de idosos são em parte fruto do seu passado, já que em vários países os asilos para idosos surgiram como um serviço que era destinado a abrigar idosos pobres, sem família, muitos em condição de mendicidade.

Costa (1999) também referiu a existência dos asilos que posteriormente deram lugar aos lares, mas considerou que estes não deixaram contudo de ter as características dos antigos asilos, já que as pessoas idosas são retiradas do seu meio social habitual e se encontram agregadas a outras com o mesmo propósito e sujeitos a um tempo e espaço previsto para as actividades, não existindo lugar para o processo criativo de cada ser humano.

A institucionalização é um reflexo de uma segregação por idades característica das cidades, podendo comparar-se a institucionalização das pessoas idosas à colocação de crianças em creches. Quando a família não tem capacidade para responder às necessidades da pessoa idosa procura este tipo de respostas, mas ao contrário das creches e escolas que representam um papel importante na inclusão e socialização da

criança na sociedade, os lares podem representar uma resposta propícia à exclusão das pessoas idosas da mesma (Queiroga, 2002).

Quintela (2001) põe mesmo em causa a lógica científica e biológica que justifique as respostas de colectivização de pessoas por idades, tendo em conta a dimensão cultural e referencial que fazem parte da história das pessoas idosas, bem como as particularidades individuais, codificadas em saberes e comportamentos, que faz com que pessoas com idades semelhantes tenham necessidades completamente dispares.

A ideia de segregação, desintegração e “guetização” provocada pelas soluções de apoio a idosos, onde se inclui a institucionalização, foi salientada por Bruto da Costa (2001) defendendo que este tipo de soluções até pode atenuar a solidão, mas não reproduz o que é próprio da vida; conviver com pessoas de várias gerações.

Efectivamente, muitos consideram os lares como guetos, depósitos de velhos, o local onde colocam as pessoas idosas para morrer, onde estas são maltratadas e os cuidados básicos de alimentação, carinho e atenção não são assegurados (Zimmerman, 2005).

A imposição de regras e a regulação da vida das pessoas idosas institucionalizadas têm sido apontadas como indutores de dependência nos residentes, e vários estudos têm demonstrado que os lares para idosos apresentam características de instituições totalitárias defendidas por Goffman (Barkay e Tabak, 2001; Bond e Corner, 2004).

Goffman (2003) caracterizou as instituições totalitárias como locais de residência e trabalho onde um grande número de pessoas se encontra em situação semelhante, vivendo uma vida fechada, formalmente administrada e separados da sociedade mais ampla. As instituições totalitárias dividem-se segundo este autor em cinco grupos tendo em conta a incapacidade das pessoas tomarem conta de si próprias e/ou a perigosidade ou não para a sociedade a que pertencem. Assim, podem encontrar-se muitas semelhanças entre uma prisão, um lar, um mosteiro, um campo de concentração ou mesmo um hospital, sendo que a causa de institucionalização difere de acordo com os critérios acima definidos. O primeiro grupo de instituições totalitárias, onde são incluídos os lares de idosos, destina-se a pessoas que se julga serem inofensivas e

incapazes de se bastarem a si próprios, dando o autor exemplos como “*casas para cegos, velhos, órfãos e indigentes*”

Um aspecto interessante apresentado por Goffman (2003) é o facto de ao contrário do que é normal na nossa sociedade moderna em que os indivíduos tendem a dormir, trabalhar e divertir-se em locais diferentes e com diferentes pessoas, nas instituições totalitárias essas três esferas da vida dos indivíduos tendem a desaparecer como elementos distintos: “*Em primeiro lugar todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade...*” “*...em segundo lugar, cada fase da actividade diária do participante é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de outras pessoas, todas elas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as coisas em conjunto. Em terceiro lugar, todas as actividades são rigorosamente estabelecidas em horários, pois uma actividade leva, em tempo determinado, à seguinte, e toda a sequência de actividades, é imposta de cima, por um sistema de regras formais explícitas e um grupo de funcionários. Finalmente, as várias actividades obrigatórias são reunidas num plano racional único, supostamente planeado para atender aos objectivos oficiais da instituição.*”

O autor fez uma reflexão acerca deste tipo de instituições e o seu impacte na autonomia individual considerando que: “*Em nossa sociedade, são as estufas para mudar as pessoas; cada uma é um experimento natural sobre o que se pode fazer ao eu*”. Este autor abordou ainda a questão da admissão e integração numa instituição totalitária como uma série de procedimentos que provocam a despersonalização da pessoa que é admitida. Dentro de alguns exemplos referidos encontram-se: procurar e enumerar bens pessoais para que sejam guardados, dar instruções quanto a regras e designação de um local para a pessoa admitida, o facto de não se distribuir as chaves ao internado e haver horários definidos de visitas e contactos com o exterior.

As perdas a que os idosos estão sujeitos em lares onde o meio é limitativo e assume o controlo de muitos aspectos das suas vidas conduzem muitas vezes ao desânimo, depressão e deficiências cognitivas, frequentemente observados em idosos institucionalizados (Paúl, 1997). Efectivamente, o impacte negativo da institucionalização sobre o controlo percebido pelos idosos é um elemento referido por vários autores, sendo relacionado a estados depressivos e resignação (Fontaine, 2000;

Martyn e Fabiano, 2004). Avorn e Langer (1982) *cit in* Quintela (2001) demonstraram inclusivamente que as funções físicas e mentais podem deteriorar-se com a institucionalização e Fernandes (2000) concluiu existir uma relação entre o aumento de tempo de lar e a diminuição do sentimento de auto-eficácia e dos índices de qualidade de vida.

O facto de se considerar que os idosos institucionalizados têm necessidades semelhantes põe em causa a individualidade de cada um, e logo a sua autonomia. Sousa *et al.* (2004) referiram que os cuidados nos lares tendem a ser directivos e paternalistas focando a saúde e segurança em detrimento da autonomia dos residentes. As respostas de alojamento colectivo ao não respeitarem a heterogeneidade na cultura e necessidades das pessoas idosas institucionalizadas, poderão potenciar sentimentos ou estados que a maioria dos idosos apresenta quando ingressa nessas instituições; a solidão e abandono (Quintela, 2001).

Os estereótipos interiorizados tanto pelos idosos acerca deles próprios, como dos funcionários acerca dos seus residentes, determinam que as pessoas com incapacidade funcional dependem de outros e são incapazes de tomar decisões acerca da sua vida. Esta imagem pode causar baixa de auto-estima das pessoas idosas institucionalizadas e ameaçar a crença pessoal na sua capacidade de fazer escolhas e tomar decisões relativas à sua vida. Estes estereótipos originam assim baixas expectativas de ambas as partes relativamente à autonomia dos idosos residentes, traduzindo-se numa influência negativa para a promoção da mesma (BarKay e Tabak, 2001).

Pimentel (1995) afirmou que a maioria dos lares para idosos não têm aptidão para proporcionar serviços individualizados aos seus residentes, que respeitem os diversos hábitos de vida, privacidade e personalidade. Esta autora defendeu ainda que existe pouca sensibilização por parte dos agentes institucionais na satisfação individual e específica das necessidades de cada idoso conduzindo assim a uma obrigatoriedade de cumprimento de normas restritivas, convivência com outras pessoas que mal se conhece e limitar muitas vezes a satisfação das necessidades humanas a certas prioridades fisiológicas como a alimentação, o vestuário, alojamento, cuidados de higiene e de saúde, descurando as necessidades de nível social, afectivo ou sexual. Atitudes como a repressão de manifestações de afectividade, sexualidade e falta de individualização na

satisfação de necessidades pode ser sentida como mais penalizadora do que propriamente a ausência de condições materiais óptimas.

O lar é muitas vezes um local padronizado e despersonalizado, aparecendo como um espaço compartimentado em numerosos sub espaços que dificultam a convivência entre os residentes e a recepção individualizada das famílias. Esta lógica organizacional de racionalidade tende a uniformizar, homogeneizar e despersonalizar a vida dos utentes (Miguel, 1997).

Nos resultados preliminares do plano de auditoria social em lares para pessoas idosas, apresentados pelo CID (2005a) foram feitas as seguintes considerações:

- os modelos de gestão continuam a evidenciar uma perspectiva de funcionamento que não promove a participação dos clientes e familiares o que conduz a que as regras/normas de funcionamento sejam impostas à vida quotidiana dos clientes;
- as práticas de promoção da autonomia residual são deficitárias, sobretudo em pessoas em situação de dependência grave ou muito grave;
- as representações negativas da velhice e dos lares e uma visão desadequada da missão dos mesmos implicam atitudes e práticas indicadoras de violência institucional;
- qualificação insuficiente das direcções e recursos humanos de uma forma geral;
- fraca integração na comunidade e participação deficitária do voluntariado;
- percepção do apoio técnico / acompanhamento, pelas Entidades Responsáveis, como insuficiente.

As características negativas atribuídas a este tipo de equipamentos e serviços cuja tendência é a clausura, rigidez e fraca participação por parte dos seus utentes faz com que as pessoas idosas institucionalizadas sejam incluídas num quadro de vulnerabilidade à violência (Ministério da Segurança Social e do Trabalho, 2002).

Uma publicação do Ministério da Segurança Social e do Trabalho (2002), acerca da prevenção da violência institucional classificou as atitudes e comportamentos destrutivos em sete categorias com alguns exemplos:

- *abuso físico* (cuidados bruscos sem informação ou preparação, imobilização injustificada);

- *negligência/abandono* (tipo passiva: posições pro-escariação, activa: abandono e auto-infligida);
- *negligência medicamentosa ou de saúde* (abuso de sedativos e neurolépticos, dietas inadequadas);
- *abuso emocional/psicológico* (linguagem insultuosa, desdém perante a vida sexual das pessoas idosas);
- *abuso material/ financeiro* (roubos, exigência de compensações extra);
- *privação ou violação de outros direitos alienáveis* (em espaço institucional, sempre que se verifica limitação da liberdade da pessoa por horários de visitas, de saídas, obrigação a participar em certas actividades, impedimento de prática religiosa e outras formas de alienação à vida da instituição, como desconhecimento da biografia, hábitos e estilo de vida e negação do papel social).

Relativamente às áreas chave de monitorização de violência institucional em lares para pessoas idosas apresentado pelo CID (2005a) foram identificadas as seguintes:

- *modelos de organização*: funcionamento do tipo “instituição total” através do controlo das vivências dos clientes, imposição das regras de funcionamento, estilo de liderança verticalizado ou ausente, rigidez no uso dos tempos e espaços, participação em actividades predeterminadas, clausura como mecanismo de “protecção”;
- *provisão de cuidados*: inexistência de plano de cuidados e respectivas metas para quem cuida, supressão da vontade do cliente pelos vários intervenientes e a visão da morte como certa e a dependência como destino resultando em desinvestimento na autonomia residual;
- *relações interpessoais*: homogeneização dos clientes, conflitos entre os clientes e isolamento social na instituição;
- *peçoal*: baixas expectativas profissionais, pouca ou nenhuma vocação para trabalhar com pessoas idosas e pessoas em situação de dependência, incapacidade de lidar com estados demenciais podendo conduzir ao cuidar pelo senso comum;
- *condições físicas*: falta de privacidade, acessos, acessibilidades e amenidades ineficazes, plano de segurança deficitário ou inexistente, divisões propiciadoras à restrição de acesso e uso.

6. Promoção da autonomia nos idosos residentes em lares: que estratégias?

Cuidar das pessoas idosas como seres humanos únicos com recursos e capacidades para gerir a sua própria vida evita o risco de cuidados estereotipados e castradores da autonomia individual (Randers e Mattiasson, 2004). A promoção da autonomia em pessoas idosas institucionalizadas em lares contribui para um aumento da actividade social na instituição e satisfação face à institucionalização (Barkay e Tabak, 2001).

A promoção de cuidados nas instituições orientados para a promoção da autonomia depende da qualificação e profissionalização dos funcionários que trabalham com os idosos, bem como da remuneração adequada ao tipo de trabalho (Netto, 2002; OMS, 2002). A desmistificação de representações sociais associadas aos idosos e lares de idosos, e uma abertura das instituições à comunidade envolvente são também aspectos importantes a considerar para a promoção da autonomia em idosos institucionalizados.

Paúl (1997) referiu a importância dos funcionários no bem-estar dos residentes, sendo de fomentar uma ligação estável entre ambos evitando a constante mudança de emprego que interrompe a continuidade das relações. Esta autora referiu ainda que o estabelecimento de uma relação próxima é de extrema importância na participação dos residentes em actividades, bem como na satisfação de vida e a satisfação com o lar.

Quintela (2001) também reforçou a importância das pessoas que trabalham nas instituições para a promoção de um ambiente que transmita segurança, manutenção da dignidade individual e participação dos residentes, fazendo com que estes se sintam pessoas livres e respeitadas. Desta forma, o lar deve ir para além de um espaço que fornece alojamento e conforto, mas um local com pessoal carinhoso, preparado e competente que assegure um serviço de qualidade.

Os cuidados aos idosos devem decorrer de uma formação que acompanhe a realidade actual, incorporando as mudanças sociais e preparando os profissionais a cuidar de

idosos em diferentes contextos, potenciando sempre as capacidades remanescentes e promovendo a interacção entre o idoso e o meio (Costa, 2005).

Uma estratégia aliada à formação dos profissionais é a mudança de comportamentos dos mesmos. Munson (1989) *cit. in* Paúl (1997) fez a revisão de uma série de trabalhos sobre a relação entre o controlo e o bem-estar em meios institucionais e verificou que o pessoal tem tendência a apoiar selectivamente os comportamentos de dependência, não só decorrentes das necessidades dos idosos, mas também da concepção do seu papel enquanto prestadores de cuidados. É preciso pois consciencializar os profissionais da importância do seu papel de reforço social junto dos idosos e fomentar comportamentos que conduzam à independência e ao controlo dos residentes, sem que isso constitua uma ameaça percebida ao seu papel enquanto prestadores de cuidados.

Outra estratégia descrita consiste em dar visibilidade à importância dos lares como recurso de apoio aos idosos. Ainda que seja promovida ao máximo a manutenção da pessoa idosa no seu contexto habitual, os lares são a opção possível para muitos idosos devendo por isso promover-se a mudança da representação social dos lares de forma a que estes não sejam encarados como depósitos de idosos e locais onde residem os traídos e abandonados pela família e sociedade. Uma das formas de conseguir este objectivo é formando as pessoas que trabalham em cuidados geriátricos e apelando a um esforço reabilitativo, criativo e inovador. Assim, os lares devem concorrer para ser: curativos quando possível, sempre cuidadores e securizantes num ambiente humanista que protege e nutre. Se os lares passarem a ser em imagem e em realidade aquilo que devem ser, os idosos irão aceitá-los melhor pois sabem que poderão ser estimados e ter esperança no futuro. Para tornar este projecto em realidade os profissionais precisam de ser pró activos política e socialmente em todas as dimensões do lar, desde a segurança à estrutura administrativa, passando pela prestação de cuidados (Knigh, 1994).

Para além da mudança das representações sociais existentes acerca dos lares, importa também alterar as representações dos idosos em si. Urge mudar a mentalidade da sociedade, bem como dos administradores e outros funcionários que trabalham nas instituições relativamente à representação que têm dos idosos, compreendendo e respeitando as suas necessidades individuais de forma a melhor atendê-los (Zimmerman, 2005).

Concorrendo para a autonomia das pessoas idosas institucionalizadas, os residentes devem ser incentivados a executar todas as tarefas que queiram e de que sejam capazes, aumentando o sentimento de controlo e auto-responsabilização. O idoso institucionalizado deve ainda ter oportunidade de expressar a sua individualidade fazendo escolhas visando a satisfação das suas necessidades específicas. Assim, os funcionários não deverão substituir os residentes nessas tarefas sob pretexto de ser mais rápido ou funcional. O espaço físico deverá favorecer a acessibilidade, e a ajuda prestada pelos profissionais deverá concorrer para a autonomia, auto-cuidado e auto-estima. Os idosos residentes devem ser encarados como parceiros da equipa de cuidados com direito de participação na definição dos mesmos de forma a ajustar os serviços às suas necessidades e não ser apenas objecto de uma série de actos rotineiros feitos de igual forma a todos os residentes sem crítica, reflexão ou avaliação (Ministério da Segurança Social e do Trabalho, 2002; Sacco-Peterson e Borell, 2004; CID, 2005b).

Davies *et al.* (2000) apresentaram algumas estratégias de intervenção que têm demonstrado efeitos positivos nos idosos, nomeadamente: oferecer escolhas em relação à realização das actividades de vida diárias, transmitir informação e explicações acerca dos cuidados prestados, demonstrar reciprocidade na relação, promover e respeitar a privacidade e a independência nas actividades de vida, pedir o retorno ao idoso relativamente aos cuidados prestados e encorajar a sua participação no planeamento dos cuidados. Este tipo de intervenção exige competências de comunicação complexas que não se conjugam harmoniosamente com uma prática habitual voltada para a satisfação de necessidades físicas como prioridade, realizada de forma predominantemente rotinizada.

As instituições devem responder adequadamente às necessidades prioritárias dos idosos tendo em consideração que estas não passam somente por necessidades fisiológicas como a alimentação, higiene ou saúde, mas também na participação, ocupação e vida de relação (Queiroga, 2002). Efectivamente, a entrada num lar não significa alteração das diferentes necessidades humanas básicas (Patchner e Patchner, 2004). A existência de um plano de cuidados orientado para a melhoria da qualidade de vida, individualizado e organizado no momento ou mesmo antes da admissão é fundamental para garantir o tratamento da pessoa enquanto ser único com necessidades específicas (Gerritsen *et al.*, 2004; Patchner e Patchner, 2004). As pessoas idosas que vivem em instituições devem

assim usufruir dos seus direitos fundamentais, com pleno respeito pela dignidade, crenças, necessidades, privacidade e o direito de tomar decisões acerca dos cuidados e qualidade de vida (Nações Unidas, 1991).

A escassez de contactos com o exterior e com diferentes gerações, bem como a existência de ambientes pouco estimulantes podem dificultar o estabelecimento de projectos para o futuro por parte de idosos institucionalizados. Assim, sempre que possível deve promover-se contactos regulares não só com adultos, mas também com crianças e jovens, reproduzindo o contexto social habitual numa comunidade (CID, 2005b).

Os lares não devem estar fechados à comunidade e podem usar-se múltiplas estratégias para fomentar o contacto dos residentes com jovens e outros idosos, nomeadamente organizar palestras e cursos para familiares e voluntários acerca de técnicas de cuidados a idosos, ter um jardim no lar com *playground* aberto para as crianças da comunidade, fomentar actividades entre os residentes e crianças de infantários, entre outros (Netto, 2002).

Os lares não devem ser locais demasiadamente calmos ou longe de tudo que impeçam as pessoas de sair e de se encontrar com outras, ou torne difícil as visitas acederem ao mesmo. Devem ser espaços acolhedores para que as pessoas que os visitam não tenham pressa de se ir embora (Quintela, 2001). Integrar a família nos cuidados à pessoa idosa institucionalizada permitindo a tomada de decisões conjunta acerca de aspectos do dia a dia poderá contribuir para que as visitas sejam mais gratificantes para os idosos e os seus familiares (Martyn e Fabiano, 2004).

Trabalhar junto das famílias e dirigentes dos lares de forma a tornar as instituições em locais de convivência saudável, gratificante e acima de tudo estimulante para as pessoas idosas que nelas residem é uma estratégia importante para garantir a sua autonomia (Zimerman, 2005).

Para promover e desenvolver estratégias que visem aumentar a autonomia da pessoa idosa institucionalizada, importa perceber a perspectiva daqueles que passaram pelo processo, sendo este o tópico essencial deste trabalho.

7. Finalidades e objectivos do estudo

Este trabalho teve como finalidades:

- conhecer de uma forma indirecta a resposta oferecida por lares de idosos, através da perspectiva dos seus residentes;
- contribuir para a procura de pistas de acção que visem a melhoria da qualidade de cuidados prestados pelos lares de idosos aos seus residentes.

O objectivo principal do presente trabalho foi:

- conhecer o impacte da institucionalização em lares na satisfação habitual das necessidades humanas fundamentais, da perspectiva dos idosos residentes.

Foram ainda estabelecidos os seguintes objectivos secundários:

- compreender alguns aspectos relacionados com o processo de institucionalização, nomeadamente a decisão pela institucionalização, desejo de ingresso no lar, a avaliação do idoso relativamente à instituição e à situação de institucionalização e satisfação de vida;
- comparar os resultados obtidos no que respeita ao sexo, tempo de internamento no lar (até um ano e mais de um ano) e grupo etário (entre 65 e 74 anos e 75 ou mais anos).

METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Neste capítulo são descritos os métodos utilizados no presente estudo. É feita uma abordagem à forma de selecção da amostra, variáveis consideradas, construção do questionário e aspectos relacionados com o processo de recolha e análise dos dados.

1. Tipo de estudo

Para atingir os objectivos propostos foi realizado um estudo transversal descritivo.

2. Amostra

Os indivíduos que participaram no estudo foram seleccionados a partir de uma amostra de conveniência.

2.1. Dimensão da amostra

A amostra foi constituída por 125 indivíduos. A dimensão da amostra resultou da totalidade de indivíduos que residiam em instituições previamente definidas e cumpriam os critérios de inclusão no estudo.

A delimitação das instituições a incluir na realização do estudo foi feita a partir de uma lista de lares fornecida pela Associação de Lares de Idosos e Centros de Dia (ALI). Assim, consideraram-se para o estudo todos os lares para idosos de iniciativa particular

com alvará, sócios da ALI e pertencentes à região do Vale do Tejo (Concelhos de Alcochete, Almada, Barreiro, Moita, Montijo, Palmela, Seixal, Sesimbra e Setúbal).

De acordo com a lista de instituições fornecida, os lares que obedeciam a estes critérios perfaziam um total de 20 (com lotação global prevista de 527 residentes).

Na investigação realizada foram incluídos 15 lares dos 20 possíveis, tendo sido excluídos os restantes cinco (que tinham uma lotação total prevista de 118 residentes).

A exclusão desses lares relacionou-se com:

- um lar ter sido utilizado para a aplicação do pré-teste;
- em dois lares, os directores técnicos no contacto telefónico afirmaram que a população residente não cumpria os critérios de inclusão na amostra;
- os restantes dois lares não foram incluídos por não ter sido conseguida a autorização para o estudo através de contacto telefónico durante o período de recolha de dados.

2.2. Critérios de inclusão:

- residir em lares de iniciativa particular com alvará inscritos na ALI, localizados na região do Vale do Tejo (Concelhos de Alcochete, Almada, Barreiro, Moita, Montijo, Palmela, Seixal, Sesimbra e Setúbal);
- ter idade igual ou superior a 65 anos;
- autorizar a participação no estudo após informação do seu objectivo e garantia de anonimato e confidencialidade dos dados na forma individual.

2.3. Critérios de exclusão:

- défice cognitivo ou outras alterações que comprometam a compreensão das perguntas ou a expressão das respostas;
- residir noutra instituição antes de vir para o actual lar (excepto situação de internamento hospitalar);

- residir no lar há menos de um mês.

2.4. Processo de selecção dos indivíduos

Numa primeira fase contactou-se a ALI e foram agendadas duas reuniões onde se apresentou o desenho e objectivos do estudo, tendo sido solicitada a lista dos lares inscritos de forma a obter um registo sistematizado para a constituição da amostra.

Através da lista fornecida foram apurados os lares que pertenciam à Região de Lisboa e Vale do Tejo, no distrito de Setúbal e que possuíam alvará. Posteriormente foram efectuados contactos telefónicos com os directores dos lares solicitando a autorização e colaboração das instituições no estudo. Neste contacto com os directores dos lares, dada a anuência em colaborar no estudo planeava-se uma reunião com o próprio ou alguém por ele nomeado (habitualmente enfermeiro, psicólogo ou animador sócio cultural do lar) onde se discutiam os critérios de inclusão da amostra e tipo de instrumento utilizado.

Na reunião com cada director técnico solicitou-se que este fizesse uma selecção inicial dos possíveis respondentes, nomeando os utentes que à partida preenchiam os critérios de inclusão (a autorização do próprio em colaborar no estudo não era incluída nesta fase).

Após a triagem inicial feita pelo director técnico ou seu representante, o investigador foi apresentado aos idosos residentes e explicada a razão da sua presença. Seguidamente o investigador dialogava com cada idoso individualmente fazendo um resumo do âmbito do estudo e solicitando a autorização para a participação no mesmo.

Nem todos os indivíduos previamente seleccionados foram incluídos na amostra. A razão da não inclusão de alguns residentes relacionou-se com o facto de estes apresentarem dificuldade em manter a atenção, apresentarem um défice auditivo que comprometia a compreensão do questionário ou apresentarem alterações de memória que impedia o preenchimento adequado do mesmo.

Seis indivíduos, 4,8% do total da amostra final, recusaram participar no estudo. As razões referidas para a recusa foram: não ter idade para responder a questionários, não ter nada de importante para dizer, não ter interesse nesse “tipo de coisas” e não se sentir bem para responder a perguntas.

3. Recolha de dados

Todas as variáveis do estudo foram obtidas através da aplicação de um questionário construído para o efeito (Apêndice 3).

3.1. Processo de construção do questionário

Numa primeira fase da elaboração do questionário foram recolhidos alguns elementos do suporte bibliográfico para a definição das variáveis. Após essa recolha realizaram-se duas entrevistas informais a pessoas do segmento etário previsto para a amostra acerca das questões relacionadas com a satisfação de necessidades humanas fundamentais, nomeadamente os aspectos mais valorizados e linguagem habitualmente adoptada.

Após as entrevistas formularam-se questões que foram posteriormente aferidas com os sujeitos das mesmas antes da aplicação do pré teste.

O pré-teste foi posteriormente aplicado a 13 idosos residentes num lar pertencente à área de selecção da amostra e que preenchiam os critérios acima definidos. O número de indivíduos que fizeram parte do pré-teste resultou do número total de idosos que preenchiam os critérios de inclusão na amostra no lar visitado. Algumas perguntas inicialmente previstas foram eliminadas ou reformuladas por difícil compreensão ou por serem consideradas “sensíveis” e que levavam a desconforto ou mesmo desagrado dos participantes perante o investigador (ex. onde é mais fácil manter uma relação íntima). Tendo em conta que o questionário inicial foi submetido a algumas alterações decorrentes da aplicação do pré-teste, optou-se por não incluir no estudo os dados dos indivíduos que participaram nesta fase.

3.2. Variáveis consideradas no estudo

3.2.1. Variáveis de identificação

As variáveis de identificação têm como objectivo a identificação e caracterização de cada indivíduo incluído na amostra.

A cada indivíduo foi atribuído um número de identificação sequencialmente atribuído aos participantes do estudo.

Para além do número de identificação do indivíduo foi ainda atribuído, igualmente de forma sequencial, um número à instituição onde este residia. Ainda relativamente aos dados da instituição, foi registada a lotação prevista para essa instituição, de forma a perceber a percentagem de participantes incluídos na amostra face ao total de residentes previstos.

No que respeita à caracterização dos indivíduos foram incluídos: a idade em anos, sexo, estado civil, profissão exercida durante mais tempo, escolaridade, percepção individual de saúde, tempo de residência no lar e motivo de entrada no lar.

O sexo foi registado como variável nominal dicotómica: feminino/ masculino.

No registo do estado civil, a variável foi classificada em:

- solteiro;
- viúvo;
- divorciado/separado;
- união de facto; reside com o cônjuge no lar;
- união de facto; não reside com o cônjuge no lar;
- casado; reside com o cônjuge no lar;
- casado; não reside com o cônjuge no lar.

A profissão exercida durante mais tempo foi registada através das palavras utilizadas pelos indivíduos e posteriormente classificada segundo a Classificação Nacional das

Profissões (CNP-94) (Instituto de Emprego e Formação Profissional, 2001). A CNP-94 enquadra as profissões em nove grupos, agregando profissões que estejam relacionadas pelo tipo de formação e trabalho exigidos. As profissões referidas pelos participantes foram agrupadas dentro dos nove grupos. Em alguns casos a nomenclatura utilizada para a classificação específica da profissão da CNP-94 não foi cumprida, já que algumas referências tinham níveis de especificação diferentes e optou-se por não fazer inferências posteriores sobre a profissão específica pelo que o registo consta como foi referido pelos residentes.

Nota: As mulheres que afirmaram ter trabalhado como domésticas em casa foram incluídas no grupo 9, de forma a serem agrupadas com os restantes inquiridos.

Relativamente à escolaridade, esta variável foi classificada em:

- não sabe ler nem escrever;
- sabe ler e escrever, mas não completou a antiga 4ª classe;
- completou a antiga 4ª Classe;
- completou o antigo 5º ano do liceu – (actual 9º ano);
- completou o antigo 7º ano do liceu – (actual 12º ano);
- curso técnico;
- faculdade;
- mestrado;
- doutoramento.

Como indicador de saúde, utilizou-se a percepção individual de saúde. Este indicador tem sido aplicado no Inquérito Nacional de Saúde e é recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para a avaliação do estado de saúde das populações (Plano Nacional de Saúde, 2003). A população que vive em instituições não foi incluída em nenhum Inquérito Nacional de Saúde (Graça e Dias, 2001), pelo que este indicador não permite comparar os dados da amostra do presente estudo com os da população residente em lares a nível nacional. Apesar disso, é possível comparar os resultados obtidos da amostra com os da população geral do mesmo segmento etário.

O tempo de residência no lar foi referido pelos participantes em meses se residiam no lar há menos de um ano e em anos e meses se moravam no lar há um ano ou mais. De forma a agrupar os dados e dar expressão a diferentes grupos no que respeita ao tempo de residência no lar foram estabelecidos intervalos de tempo diferentes entre si, sendo considerados hiatos maiores à medida que o tempo de residência no lar aumentava. Assim, estabeleceu-se um intervalo de seis meses no primeiro ano, um intervalo de um ano entre um e quatro anos de residência no lar, um intervalo de cinco anos entre cinco e dez anos de tempo de residência e, finalmente um intervalo considerado para mais de dez anos de residência no lar.

3.2.2. *Satisfação das necessidades humanas fundamentais*

A satisfação das necessidades humanas fundamentais foi dividida por 14 grupos de questões correspondentes às 14 necessidades. A definição das variáveis em cada necessidade foi baseada em Henderson e Nite (1978), Riopelle *et al.*(1984), Adam (1994) e Phaneuf e Grondin (2000), e foram as seguintes:

- Evitar os perigos para o próprio e para os outros;
 - sente-se mais seguro a viver
 - acha que tem mais risco de cair
 - dá conta da sua medicação, melhor
 - sente que cuida melhor da sua saúde
- Comer e beber;
 - a comida sabe-lhe melhor
 - a comida é melhor para a saúde
 - bebe mais vezes as suas bebidas preferidas
 - come mais vezes os seus pratos preferidos
 - é mais fácil comer e beber
 - o horário das refeições é melhor
- Respirar;
 - o ar que respira é mais saudável
 - cansa-se mais

- os cheiros são mais agradáveis
- Aprender;
 - está melhor informado dos assuntos que lhe interessam
 - aprende mais coisas novas
 - sabe mais sobre a sua saúde
 - sente mais vontade de aprender coisas novas
- Dormir e repousar;
 - dorme melhor
 - descansa melhor
 - sente-se mais confortável
 - gosta mais do seu quarto
- Estar limpo e proteger os tegumentos;
 - gosta mais de tomar banho
 - sente-se mais à vontade para tomar banho
 - é mais fácil tomar banho
 - penteia-se melhor
 - perfuma-se mais
 - cuida melhor das unhas
 - cuida melhor dos dentes
 - cuida melhor da pele
 - é mais vaidoso(a)
- Vestir e despir-se;
 - preocupa-se mais com o que veste
 - anda mais bem vestido(a)
 - sente-se mais à vontade em vestir-se e despir-se
 - arranja-se mais
- Manter a temperatura do corpo dentro dos limites normais;
 - a temperatura é mais agradável

- é mais fácil aquecer-se quando tem frio
 - é mais fácil refrescar-se quando tem calor
- Eliminar;
 - sente-se mais à vontade em utilizar a casa de banho
 - é mais fácil utilizar a sanita
 - regula melhor os intestinos
 - é mais fácil chegar da cama à sanita
- Praticar a religião ou agir segundo as próprias crenças;
 - é mais fácil rezar
 - é mais fácil ir à missa
- Ocupar-se para se sentir útil;
 - está mais ocupado(a)
 - sente-se mais útil
 - tem mais responsabilidades
 - faz mais coisas fora de casa
 - orienta melhor o seu dinheiro
 - decide mais pela sua cabeça
 - é mais fácil ir votar
- Recrear-se;
 - diverte-se mais
 - passeia mais
 - vê mais televisão
 - vê mais vezes os seus programas preferidos
 - sente-se mais aborrecido
 - lê mais daquilo que gosta
 - dança mais
 - compra mais coisas que gosta
 - ouve mais música que gosta
 - joga mais

- borda mais
 - é mais feliz
- Comunicar com os semelhantes;
 - sente-se com mais amigos
 - fala mais com a sua família
 - passa mais tempo com as pessoas que gosta
 - sente-se mais sozinho(a)
 - conversa mais
 - sente que tem mais pessoas que gostam de si
 - sente-se mais à vontade com as pessoas que estão à sua volta
- Movimentar-se e manter uma postura correcta;
 - anda mais
 - é mais fácil andar dentro de casa
 - é mais fácil ir até à rua
 - sente mais vontade de andar
 - é mais fácil entrar e sair da cama
 - é mais fácil sentar-se e levantar-se do sofá

O número de itens considerado para cada necessidade não foi igual, e nem todas as necessidades abarcam as diferentes dimensões que as compõem. Este facto adveio da necessidade de se examinarem os aspectos considerados mais relevantes e possíveis de avaliar por este método, não sendo por isso o número de itens homogéneos entre si.

O esquema de perguntas foi igual em todos os itens tendo as variáveis sido classificadas em:

- *em casa;*
- *no lar;*
- *é igual nos dois sítios;*
- *não se aplica.*

Antes do bloco de perguntas foi dado um exemplo de uma questão não incluída no questionário e esclarecidas dúvidas quanto às alternativas possíveis.

Foi ainda ressaltado que as questões de comparação entre a casa e o lar se referiam à altura imediatamente antes do idoso residir no lar e não num passado mais remoto. Assim, quando se perguntava, por exemplo, *onde é mais fácil ir votar*, se a pessoa já não votava em casa antes de vir para o lar, a resposta adequada a essa mesma questão seria a opção *não se aplica*, pois não estava em causa a vinda para o lar o facto de ser ou não mais fácil, já que a pessoa não tinha essa prática quando estava em casa. Para além disso, a opção *não se aplica* também foi utilizada quando a questão a responder esteve relacionada com a entrada no lar; por exemplo *onde é mais fácil andar* não se aplicava às pessoas que entraram no lar por fractura de anca após uma queda.

Nas perguntas em que os sujeitos não sabiam responder, ou não o queriam fazer, foi considerada a opção *não sabe/não responde*.

A tendência geral dos enunciados em cada item foi que a opção de resposta seleccionada fosse a mais favorável, ou seja era escolhido o local *melhor*, onde era *mais fácil* realizar determinada actividade, onde se *gostava mais de*, entre outros. No entanto, foram colocadas algumas questões onde a opção escolhida seria a mais desfavorável, como por exemplo *sente-se mais aborrecido*. Estas perguntas foram assinaladas no questionário com *, de forma a indicar a sua inversão na análise dos dados. A razão da alternância de alguns enunciados desfavoráveis com os favoráveis foi evitar um enviesamento dos resultados provocado pelo efeito de halo. Este efeito refere-se à tendência dos inquiridos fazerem uma apreciação do assunto favorável ou desfavorável, como se a apreciação fosse relativa a uma visão global previamente definida mais do que em cada critério seleccionado separadamente (Ghiglione e Matalon, 2001). Aplicando este efeito de halo às questões relacionadas com a escolha entre a casa e o lar, uma pessoa globalmente descontente com o lar quando percebesse que todas as questões iam no sentido favorável poderiam responder sempre a opção casa como opinião global, sem dar atenção a cada item que é perguntado. Uma vez que este efeito de halo pode ser reforçado, segundo Ghiglione e Matalon (2001) pedindo uma opinião global do assunto inicialmente, as questões relativas à satisfação da institucionalização e

opinião do lar só foram realizadas na terceira parte do questionário, após esta avaliação parcelar das necessidades humanas fundamentais.

3.2.3. Processo de institucionalização e satisfação de vida

As questões relacionadas com o processo de institucionalização foram colocadas na última parte do questionário de forma a não influenciar as respostas anteriores. Para além do efeito de halo já referido, as questões com efeitos perturbadores devem ser reservadas para a parte final do questionário para que as respostas entretanto fornecidas não sofram influência do efeito perturbador (Foddy, 1996).

Relativamente ao processo de institucionalização foram registados: satisfação em residir num lar, voltaria a viver em casa se possível, desejo de ida para o lar, quem tomou a decisão de ida para o lar, obrigação por alguém em vir para o lar, classificação do lar, o que mais gosta no lar, o que menos gosta no lar, satisfação de vida e o que tornaria a vida melhor.

Para a avaliação da satisfação em residir num lar, bem como a satisfação actual de vida foi utilizada uma escala de Likert. Consideram-se cinco alternativas de resposta existindo duas respostas negativas, duas positivas e uma neutra. Quando se pretende avaliar o grau de satisfação devem seguir-se as opções acima referidas e não devem utilizar-se mais do que sete opções de resposta, sendo cinco opções suficientes (Hill e Hill, 2000). Assim, as variáveis foram classificadas como:

- muito insatisfeito;
- insatisfeito;
- nem satisfeito, nem insatisfeito;
- satisfeito;
- muito satisfeito

Relativamente à classificação do lar, optou-se igualmente por um número de respostas ímpar, sendo a variável classificada como:

- muito mau
- mau

- razoável
- bom
- muito bom

Um questionário que contenha questões fechadas e abertas tem a vantagem de obter informação qualitativa que ajuda a complementar e contextualizar a informação quantitativa obtida nas outras variáveis (Hill e Hill, 2000). Assim, foram colocadas perguntas abertas para contextualizar a avaliação do grau de satisfação ou insatisfação em residir num lar, o porquê de voltar ou não para casa se houvesse possibilidade, sendo questionado “Porquê?” no final da classificação de cada variável referida.

Colocaram-se ainda as questões:

- *O que gosta mais no lar?*
- *O que gosta menos no lar?*
- *O que tornaria a sua vida melhor?*

3.3. Aplicação do questionário

3.3.1. Local

O local de aplicação do questionário foi seleccionado tendo em conta a preferência dos residentes e onde potenciais interferências externas fossem minimizadas, nomeadamente a presença de funcionários do lar, de forma a não condicionar as respostas. Assim, o questionário foi aplicado em diferentes locais consoante as características físicas do lar e a preferência dos participantes, sendo comum utilizar espaços como o quarto dos utentes, o refeitório fora das horas de refeições, um gabinete disponibilizado pelo director técnico, sala de estar e o jardim.

3.3.2. Metodologia de preenchimento do questionário

A metodologia de preenchimento do questionário considerada mais adequada foi a colocação das perguntas oralmente pelo investigador e o preenchimento das respostas pelo mesmo. Assim, foi possível incluir na amostra residentes que não sabiam ler nem

escrever, bem como aqueles que tinham défices visuais ou motores que comprometiam o preenchimento do questionário pelo próprio mas não punham em causa a sua participação no estudo. Por uma questão de coerência na metodologia o mesmo processo foi aplicado aos inquiridos que poderiam preencher de forma independente o questionário.

As questões abertas foram transcritas no momento pelo investigador sem o recurso a gravador. Esta opção prendeu-se com o facto do efeito inibidor e constrangedor do gravador ser superior ao eventual lapso de transcrição de toda a informação, que era previsivelmente curta tendo em conta a natureza das questões e o tipo de respostas obtidas durante o pré-teste.

3.3.3. Período de aplicação do questionário

A aplicação do questionário foi realizada durante todo o mês de Julho e primeira quinzena de Agosto do ano de 2006.

4. Análise dos dados

Para analisar os dados obtidos foram consideradas técnicas quantitativas e qualitativas.

Os dados quantitativos foram previamente codificados no questionário e construída uma matriz no programa informático SPSS; Statistical Package for the Social Sciences (*SPSS Inc., Chicago, USA*) versão 13.0 para Windows. Após a recolha de dados procedeu-se à inserção dos dados seguindo a sequência numerada dos questionários. A base de dados foi posteriormente revista por duas pessoas em simultâneo de forma a minimizar erros decorrentes da inserção de dados.

Nos estudos descritivos utilizam-se as medidas de tendência central e de dispersão, e as análises de correlação e variância na análise dos dados obtidos (Fortin, 1999). Para o tratamento estatístico dos dados quantitativos recorreu-se ao programa informático SPSS versão 13.0 para Windows com os seguintes procedimentos:

- descritivos: distribuição de frequências e cálculo de medidas de tendência central e dispersão;
- analíticos:
 - testes paramétricos:
 - teste t de student para comparar as médias de duas variáveis;
 - coeficiente de correlação de Pearson para comparar dois conjuntos de dados de modo a verificar se existe correlação significativa entre eles, caso os dados sejam de intervalo/razão;
 - teste de Levene's para analisar a igualdade de variâncias;
 - testes não paramétricos:
 - teste de Qui-Quadrado para comparar variáveis nominais;
 - correlação de Spearman para comparar dois conjuntos de dados para verificar se existe uma correlação significativa entre eles, caso os dados sejam pelo menos ordinais;
 - tau de Kendall para aplicar quando os dados são medidos em escala ordinal, ou seja quando existem três ou mais categorias, utilizado nas variáveis medidas em escalas de Likert (Hicks, 2006).

Considerou-se como evidência de diferença estatisticamente significativa o nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$). De acordo com o tipo de estudo efectuado os resultados foram apenas considerados enquanto análise exploratória dos dados e não como resultados de testes de hipóteses formais.

Na análise das questões abertas recorreu-se à análise de conteúdo. Este método permite descrever de forma objectiva, sistemática e quantitativa o conteúdo da informação, sendo útil nas questões onde o investigador não se sente apto a antecipar todas as categorias ou formas de expressão e recorre a perguntas abertas no questionário (Vala, 1986). Este processo consiste na leitura, separação e posterior reorganização das várias partes que constituem um discurso. Isto permite numa lógica heurística produzir um novo discurso sobre o material empírico, baseado na atribuição de significados que procurem responder às questões orientadoras da investigação.

Os dados produzidos a partir das respostas às perguntas abertas foram sujeitos a várias leituras tendo em vista a elaboração de uma grelha de codificação. A codificação das respostas e agrupamento em categorias permite apreciar o seu conteúdo de forma organizada e sistemática (Bardin, 1995).

A categorização dos dados teve por base os critérios referidos por Bardin (1995):

- *a exclusão mútua*: onde um elemento não deve ser susceptível de ser classificado em mais que uma categoria;
- *a homogeneidade*: cada categoria deve estar num conjunto categorial que tenha uma dimensão semelhante, sendo que diferentes níveis de análise devem ser separados;
- *a pertinência*: a categoria deve ser adequada ao tipo de investigação em causa e a intenção da mesma;
- *a objectividade e fidelidade*: as diferentes partes do mesmo material ao qual se aplica a mesma grelha devem ser codificadas de igual forma, mesmo que sejam sujeitas a várias análises;
- *a produtividade*: o conjunto categorial deve produzir resultados férteis.

Simultaneamente à leitura das respostas fornecidas pelos inquiridos foram equacionadas categorias de codificação com base em padrões de regularidade e conteúdos importantes (Bogdan e Biklen, 1994). Esta fase caracteriza-se como sendo um processo de tentativa e erro, sendo estabelecidas grelhas intermédias que se podem revelar insuficientes relativamente ao objectivo do estudo e aos critérios acima referidos.

Após as grelhas serem consideradas adequadas, as respostas dos inquiridos foram atribuídas nas unidades de enumeração que constituíram o número de participantes que referiram a palavra ou expressão registada. Em alguns casos, a resposta de um indivíduo tinha mais que uma unidade de enumeração, já que da sua decomposição surgiam duas ou mais unidades de registo. Assim, o total de unidades de enumeração pode em algumas situações ser superior ao número de sujeitos.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados encontram-se divididos em três partes, conforme as partes constituintes do questionário. Optou-se por discutir os resultados à medida que são apresentados, de forma a evitar repetições desnecessárias na discussão e realçar os aspectos considerados mais relevantes, tornando desta forma a leitura mais fluida e lógica, propósitos estes considerados essenciais para a melhor compreensão do que é explanado.

1. Caracterização da amostra

A amostra foi constituída por 125 indivíduos residentes em 15 lares que cumpriram os critérios de inclusão referidos no capítulo anterior.

1.1. Lotação dos lares

Os lares incluídos no estudo tinham uma lotação de utentes prevista entre 16 e 60 usuários, sendo que a lotação média prevista por lar foi de $29 \pm 11,49$ (dp).

1.2. Indivíduos por lar

O número de indivíduos por lar que preenchiam os critérios de inclusão e fizeram parte da amostra variou entre 3 e 14 (Tabela 1), sendo que a percentagem de inquiridos por lar face à lotação prevista oscilou entre 10,0% e 55,6%.

Tabela 1: Lotação prevista por lar, número de inquiridos por lar e percentagem de inquiridos por lar face ao total da amostra

Lar	Lotação prevista	Nº de inquiridos	% de inquiridos face ao total da amostra
1	29	14	11,2
2	60	10	8,0
3	34	14	11,2
4	30	3	2,4
5	39	11	8,8
6	23	6	4,8
7	16	4	3,2
8	21	6	4,8
9	34	13	10,4
10	20	7	5,6
11	18	10	8,0
12	17	4	3,2
13	19	9	7,2
14	29	8	6,4
15	20	6	4,8
Total	409	125	100,0

A taxa de utilização de lares e residências lucrativos e não lucrativos no distrito de Setúbal ronda os 86,0% e 94,7% respectivamente (Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 2000). Tendo em conta estes valores como referência, verificou-se que em alguns lares do presente estudo apenas uma pequena percentagem de indivíduos por lar cumpriu os critérios de inclusão na amostra. Este aspecto também foi verificado por Drageset (2004) que ao estabelecer critérios de inclusão semelhantes aos do presente estudo, da população de potenciais participantes nos lares de idosos, apenas cerca de 6,5% preenchiam os critérios de inclusão.

Tendo em conta que a recusa em participar no estudo por parte dos idosos que preenchiam os restantes critérios de inclusão foi apenas de 4,8% (n=6) da amostra final (n=125), a baixa percentagem de participantes por lar ilustra a realidade dos lares visitados, nomeadamente no que diz respeito a um grande número de pessoas com alterações cognitivas. Para além deste aspecto, importa referir que alguns lares visitados tinham residentes que não se enquadravam no segmento etário definido, verificando-se designadamente residentes que encontravam na terceira ou quarta década de vida com patologias como esclerose múltipla, doenças mentais incapacitantes, ou outras.

1.3. Sexo

A grande maioria dos idosos inquiridos era do sexo feminino (Tabela 2). Há a referir que um lar (codificado como número 12) era destinado apenas a utentes do sexo feminino (Tabela 3).

Tabela 2: Distribuição da amostra por sexo.

Sexo	Frequência	Percentagem
Masculino	29	23,2
Feminino	96	76,8
Total	125	100,0

Tabela 3: Distribuição da amostra por lar e sexo.

Lar	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
1	3	11	14
2	1	9	10
3	3	11	14
4	3	0	3
5	3	8	11
6	0	6	6
7	1	3	4
8	3	3	6
9	3	10	13
10	1	6	7
11	6	4	10
12	0	4	4
13	1	8	9
14	1	7	8
15	0	6	6
Total	29	96	125

1.4. Idade

Os participantes no estudo tinham idades compreendidas entre 65 e 97 anos. A média de idades foi de $80,3 \pm 8,11$ (dp), sendo que nos homens foi $77,5 \pm 9,28$ (dp) e nas mulheres $81,1 \pm 7,57$ (dp).

Agrupando os inquiridos em grupos etários (definidos tendo por base inquéritos habitualmente utilizados, nomeadamente o Inquérito Nacional de Saúde), verificou-se que os grupos mais representativos correspondiam aos idosos com idades compreendidas entre os 80 e 85 anos e os idosos com mais de 85 anos (Tabela 4) perfazendo estes dois grupos 60,8% dos inquiridos.

Um dos participantes não respondeu à questão da idade em anos referindo que não sabia ao certo pois não comemorava o seu aniversário. Deste modo, esta variável apresentou um total de somente 124 indivíduos (Tabela 4).

Encontraram-se diferenças expressivas na idade entre os sexos (Tabela 5), sendo de realçar que 83,0% das pessoas com 75 ou mais anos eram do sexo feminino e 38,0% dos inquiridos entre 65 e 74 anos eram do sexo masculino.

Tabela 4: Distribuição da amostra por grupo etário.

Grupo etário	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
65-69 anos	15	12,1	12,1
70-74 anos	21	16,9	29,0
75-79 anos	12	9,7	38,7
80-84 anos	37	29,8	68,5
85 e mais anos	39	31,5	100,0
Total	124	100,0	

Tabela 5: Distribuição da amostra por grupo etário e sexo

		Sexo		Total
		Masculino	Feminino	
Idade	65-69 anos	7	8	15
	70-74 anos	7	14	21
	75-79 anos	2	10	12
	80-84 anos	5	32	37
	85 e mais anos	8	31	39
Total		29	95	124

Os resultados obtidos no presente estudo relativamente ao sexo e idade dos inquiridos foram em regra concordantes com outros autores que realizaram estudos em lares de idosos, nomeadamente o facto de se verificar um maior número de sujeitos do sexo feminino e as mulheres serem habitualmente mais velhas (Bravo *et al.*, 1998; Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 2000; Barkay e Tabak, 2001; Drageset, 2004; Rodrigues, 2005), sendo a média de idades dos inquiridos no presente estudo muito semelhante à obtida por Rodrigues (2005), em que a idade média das mulheres foi de 80 anos e a idade média dos homens foi de 77 anos.

No que respeita aos grupos etários, no presente estudo verificou-se que 71,0% dos inquiridos tinham 75 ou mais anos, dados semelhantes aos estudos realizados pelo Instituto de Segurança Social, em que 72,0% das pessoas idosas residentes em lares tinham mais de 75 anos (Ministério do Trabalho e Solidariedade, 2005).

1.5. Estado civil

A grande maioria dos idosos inquiridos referiu ser viúvo(a) (Tabela 6). Encontraram-se diferenças entre os sexos, sendo que 89,6% das mulheres afirmaram ser viúvas e somente 55,2% dos homens inquiridos referiram essa condição.

Os residentes solteiros perfizeram 6,4% do total de inquiridos e 5,6% referiram ser divorciados ou separados. Os restantes 6,4% dos inquiridos afirmaram ser casados, sendo que metade destes (3,2%) residia com o cônjuge no lar.

Tabela 6: Distribuição da amostra por estado civil e sexo.

		Sexo		Total	
		Masculino	Feminino	n	%
Estado Civil	Solteiro	3	5	8	6,4
	Viúvo	16	86	102	81,6
	Divorciado/Separado	4	3	7	5,6
	Casado, reside com o cônjuge no lar	3	1	4	3,2
	Casado, não reside com o cônjuge no lar	3	1	4	3,2
Total		29	96	125	100,0

1.6. Profissão exercida durante mais tempo

O agrupamento das profissões referidas pelos inquiridos foi baseado na publicação do Instituto de Emprego e Formação Profissional (2001) referente à Classificação Nacional das Profissões (CNP-94).

Dentro dos vários grupos da CNP-94 destacou-se o grupo 9 referente aos trabalhadores não qualificados abrangendo 36,8% do total dos inquiridos, onde 24,8% eram constituídos pelas mulheres que referiram ter trabalhado em casa como domésticas. O segundo grupo mais representativo foi o grupo 7, correspondente a operários artífices e trabalhadores similares, reunindo 26,4% dos indivíduos (Tabela 7).

O grupo 1 (Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas) e o grupo 8 (operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem) não foram incluídos por não haver inquiridos abrangidos por estas profissões.

Tabela 7: Profissão exercida mais tempo

Grupo	Profissão	N	%
Grupo 2 - Especialistas das profissões intelectuais e científicas	Enfermagem	2	
	Professor do ensino secundário	2	
	Sub total	4	3,2%
Grupo 3 - Técnicos e profissionais de nível intermédio	Professor primário	4	
	Fotógrafo	1	
	Profissional de seguros	1	
	Agente Comercial	1	
	Gerente de loja	1	
	Sub total	8	6,4%
Grupo 4 - Pessoal administrativo e similares	Empregado bancário	3	
	Escriturário	1	
	Carteiro	1	
	Funcionário dos CTT	1	
	Empregado de escritório	1	
	Secretário de contabilidade	1	
	Técnico auxiliar de estatística	1	
	Sub total	9	7,2%
Grupo 5 - Pessoal dos serviços e vendedores	Comerciante	2	
	Auxiliar de acção médica	2	
	Auxiliar de ensino em infantário	2	
	Cabeleireira	1	
	Esteticista	1	
	Cozinheira	3	
	Bombeiro	1	
	Caixeiro	1	
	Auxiliar de acção educativa	1	
	Sub total	14	11,2%
Grupo 6 - Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	Agricultor	11	
	Sub total	11	8,8%
Grupo 7 - Operários, artífices e trabalhadores similares	Operário fabril	8	
	Carpinteiro	1	
	Sapateiro	1	
	Pintor de automóveis	1	
	Mecânico de automóveis	1	
	Mecânico de aviões	1	
	Marceneiro	1	
	Tipógrafo	1	
	Costureira	11	
	Modista	6	
	Modista de chapéus	1	
	Sub total	33	26,4%
Grupo 9 - Trabalhadores não qualificados	Empregada a dias/ limpeza	8	
	Doméstica	31	
	Tomar conta de crianças	1	
	Encarregada de limpeza	1	
	Vigilante de capela	1	
	Contínua	1	
	Auxiliar de laboratório	1	
	Descarregador de mercadorias	1	
	Distribuidor de electrodomésticos	1	
	Sub total	46	36,8%
Total		125	100%

1.7. Escolaridade

No que respeita à escolaridade, uma percentagem significativa da amostra (44,8%) referiu ter completado a 4ª classe. Quanto a níveis mais baixos de escolaridade, 13,6% dos inquiridos afirmaram não saber ler nem escrever, e 20,0% dos indivíduos referiram saber ler e escrever embora não tenham completado a 4ª classe.

Relativamente aos inquiridos que afirmaram frequentar o liceu, 9,6% referiram ter concluído o, então designado, 5º ano e 3,2% dos inquiridos afirmaram ter concluído o antigo 7º ano. A frequência de curso técnico foi referida por 4,8% dos idosos e 4,0% referiram ter frequentado a faculdade.

A distribuição da amostra por nível de escolaridade por sexo é ilustrada na tabela 8.

Tabela 8: Distribuição da amostra por escolaridade e sexo					
		Sexo		Total	
		Masculino	Feminino	n	%
Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	1	16	17	13,6
	Sabe ler e escrever, mas não completou a 4ª classe	3	22	25	20,0
	4ª classe	15	41	56	44,8
	Liceu – 5º ano	3	9	12	9,6
	Liceu – 7º ano	1	3	4	3,2
	Curso Técnico	3	3	6	4,8
	Faculdade	3	2	5	4,0
Total		29	96	125	100,0

A diferença existente entre os homens e mulheres, especialmente em níveis abaixo da 4ª classe, é concordante com a idade dos inquiridos em que habitualmente as mulheres tinham menos acesso à educação que os homens.

1.8. Percepção individual de saúde

Relativamente à percepção individual de saúde, 39,2% dos idosos inquiridos classificaram a sua saúde como má e 18,4% consideraram a sua saúde muito má. Em 23,2% dos casos, os idosos classificaram a sua saúde razoável, 16,0% afirmaram que a sua saúde era boa e apenas 2,4% a consideraram muito boa. Um indivíduo (0,8%)

afirmou não saber classificar a sua saúde dentro das opções de resposta fornecidas (Figura 1).

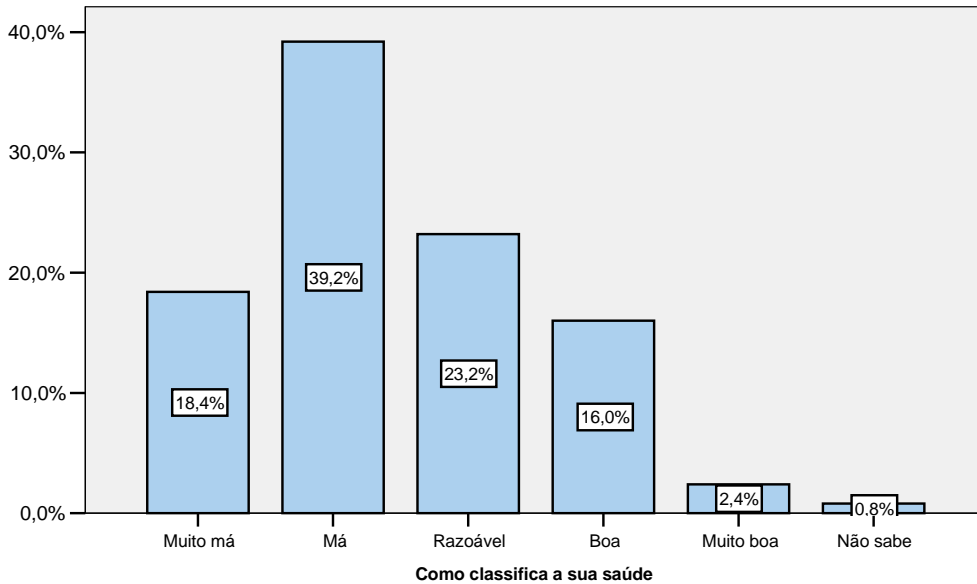


Figura 1: Percentagem de indivíduos distribuídos pela percepção individual de saúde

Ao calcular uma “média” na classificação de saúde (sendo que à avaliação *muito má* foi atribuído valor 1, à *má* o valor 2, à *razoável* o valor 3, à *boa* valor 4 e *muito boa* o valor 5) a média de classificação de saúde nos participantes do sexo masculino foi maior que no sexo feminino, apesar de não existirem diferenças expressivas em cada item isoladamente. Ainda a referir que 87,0% das pessoas que consideraram a sua saúde muito má eram mulheres (Tabela 9).

Tabela 9: Percepção individual de saúde por sexo

		Sexo		Total	
		Masculino	Feminino	N	%
Percepção individual de Saúde	Muito má	3	20	23	18,4
	Má	10	39	49	39,2
	Razoável	6	23	29	23,2
	Boa	7	13	20	16,0
	Muito boa	2	1	3	2,4
	Não sabe	1	0	1	0,8
Total		29	96	125	100,0

Verificaram-se resultados interessantes no presente estudo quando comparados aos dados do Inquérito Nacional de Saúde acerca da população geral (DGS, 2004). A percentagem de pessoas com 75 anos ou mais anos que consideraram a sua saúde má ou muito má foi semelhante nos dois estudos. Por outro lado, no grupo etário entre 65 e 74 anos, a percentagem de pessoas que fez a mesma apreciação é muito superior no presente estudo quando comparada à população em geral (Tabela 10).

Tabela 10: Percentagem de indivíduos que classificou a sua saúde como má ou muito má

	Entre 65 e 74 anos	75 ou mais anos
Inquérito Nacional de Saúde. DGS (2004)	49,0%	54,0%
Presente estudo (2007)	68,6%	53,4%

1.9. Tempo de residência no lar

Relativamente ao tempo de residência no lar, o grupo com maior número de respostas incluiu-se no intervalo compreendido entre seis meses e um ano com 35,2% do total de participantes (Tabela 11). Cerca de 47,2% dos indivíduos afirmaram residir no lar há um ano ou menos.

Dois participantes afirmaram não saber precisar o tempo de residência no lar pelo que ficou registado como *não sabe*.

Tabela 11: Tempo de residência no lar

	N	%
Menos de 6 meses	15	12,0
Entre 6 meses e 1 ano	44	35,2
Mais de 1 ano e menos que 2	11	8,8
Entre 2 e 3 anos	27	21,6
Mais de 3 anos e menos que 4 anos	1	0,8
Entre 4 e 5 anos	14	11,2
Mais de 5 anos e menos de 10 anos	8	6,4
10 ou mais anos	3	2,4
Não sabe	2	1,6
Total	125	100,0

1.10. Motivo de admissão no lar

Relativamente ao motivo de admissão no lar verificou-se que os aspectos relacionados com a categoria *suporte social* foram os mais mencionados pelos inquiridos, quer pela sua *ausência/défice*, *perda recente ou proximidade*. Dentro da subcategoria *ausência de suporte social*, destaca-se o facto de 38 inquiridos terem mencionado ir para o lar por estarem sozinhos ou não terem ninguém. Ainda na mesma subcategoria destaca-se também a referência de 24 idosos terem afirmado que foram residir para o lar porque os familiares assim o decidiram. A *perda recente de suporte social* por morte ou doença de familiares próximos foi referida por 26 inquiridos sendo a situação mais frequente o falecimento do cônjuge (Tabela 12).

No que respeita ao *espaço físico* o facto da habitação não ter as condições adequadas à sua situação foi a opção mais mencionada pelos inquiridos.

Tabela 12: Motivo de entrada no lar

Categoria	Sub Categoria	Unidade de registo	Enumeração
Suporte social	Perda recente de suporte social	Morte de familiares de suporte	3
		Morte do cônjuge	10
		Doença da filha	5
		Doença do cônjuge	4
		Divórcio	1
		Conflito familiar	2
		Conflito com empregada que cuidava de si	1
	Ausência/ Défice de suporte social	Estar sozinho/ Não ter ninguém	38
		Não ter família	2
		Filhos não podiam cuidar de si	17
		Decisão de familiares	24
		Não querer dar trabalho à família	7
		Decisão de amigos	1
	Proximidade de suporte social	Familiares moravam perto do lar	5
Espaço Físico	Habitação	Casa sem condições adequadas	5
		Muitas escadas na casa	1
Saúde	Morbilidade	Estar doente/ Problemas de saúde	12
		Dificuldade em andar	8
		Acidente Vascular Cerebral	6
		Cirurgia	1
	Quedas	Quedas frequentes em casa	13
		Consequências de queda (fractura)	8
		Ocorrência de queda e incapacidade de pedir ajuda	1
		Receio de cair quando ficava sozinha	1
	Transferência do hospital	Não estar em condições para ir para casa	3
		Precisar de ajuda após internamento	4
	Necessidade de Apoio	Ter mais assistência nas actividades de vida	1
		Descansar	1
	Défice no auto cuidado	Não conseguir cuidar de si em casa	6
Total			191

Média de enumerações por idoso 1,53 (n = 125)

Na categoria *saúde* as quedas foram referidas por 23 indivíduos como motivo de institucionalização. Ainda nesta categoria, vários idosos referiram que foram para o lar porque estavam doentes ou tinham problemas de saúde sem especificarem a situação, mas os que o fizeram relataram situações essencialmente relacionadas com alterações na mobilidade.

Embora com formas de categorização diferentes, os motivos de internamento no lar referidos pelos idosos no presente estudo são similares aos resultados apresentados por Malveiro (1997), Rodrigues (2005) e CID (2005a) (Tabela 13).

Tabela 13: Principais motivos de entrada no lar

Fonte/ Âmbito do estudo	Principais motivos de entrada no lar
Malveiro (1997) Estudo realizado no âmbito de tese de Mestrado em seis lares em Beja	<ul style="list-style-type: none"> - Solidão; - Ausência de apoio familiar; - Incapacidade de gerir sozinho as necessidades diárias; - A ausência de recursos; - Conflituosidades intergeracionais na família.
CID (2005a) Estudos de caso realizados no âmbito do plano de auditoria social e de acompanhamento da protecção de menores, idosos e deficientes, no âmbito da Segurança Social	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimentos de solidão, isolamento, insegurança e situações de emergência; - Falta ou insuficiência de cuidados no domicílio; - Necessidade sentida de não “incomodar” ou não “ser um peso” para os descendentes; - Recomendação de pessoal de saúde; - Concordância com a iniciativa de familiares, em especial, descendentes, de preparar o processo de entrada no lar.
Rodrigues (2005) Estudo realizado em 2001, pelo Observatório de Idosos e Grandes Dependentes nas Misericórdias, com aplicação de questionário em 140 lares	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de retaguarda familiar; - Perda de autonomia; - Solidão; - Aparecimento ou agravamento de doença.

A solidão aparece em todos os estudos apresentados como um dos principais motivos de institucionalização, sendo um dos problemas que os idosos em Portugal enfrentam. Este facto é manifesto no estudo realizado pelo Serviço de Estudos sobre a População, onde 14,0% dos homens e 16,0% das mulheres afirmaram não ter sido visitados ou ter visitado familiares ou amigos durante todo o ano anterior (INE, 2002).

2. Satisfação das necessidades humanas fundamentais

Relativamente à satisfação das necessidades humanas fundamentais optou-se por agrupar os resultados dos vários itens por necessidade humana fundamental de forma a permitir obter uma panorâmica geral de cada uma.

As tabelas apresentadas descrevem os resultados gerais da amostra. Sempre que se verificaram diferenças expressivas entre sexos, grupos etários ou tempo de internamento em cada item, estas são descritas em cada necessidade.

Pontualmente existiram itens que não foram respondidos por todos os participantes. Esses casos encontram-se assinalados, excluindo-se os indivíduos que não responderam das percentagens apresentadas.

2.1.Satisfação da necessidade *Evitar perigos para o próprio e para os outros*

Relativamente à necessidade *evitar perigos para o próprio e para os outros*, essencialmente ligada a aspectos de segurança, o lar foi globalmente melhor avaliado do que a casa pelo que a institucionalização parece ter tido um impacto positivo na satisfação desta necessidade humana fundamental (Tabela 14).

Tabela 14: Distribuição das variáveis relativas à satisfação da necessidade *Evitar os perigos para o próprio e para os outros*

Item	Opção escolhida				Total
	Em casa	No lar	É igual nos dois sítios	Não se aplica	
Sente-se mais seguro(a) a viver	32,0%(40)	58,4%(73)	9,6%(12)	0,0%(0)	100,0% (125)
Acha que tem mais risco de cair	43,2%(54)	7,2%(9)	46,4%(58)	3,2%(4)	100,0%(125)
Dá conta da sua medicação, melhor	14,4%(18)	40,0%(50)	41,6%(52)	4,0%(5)	100,0%(125)
Sente que cuida melhor da sua saúde	16,9%(21)	51,6%(64)	31,5%(39)	0,0%(0)	100,0%(124*)

* 1 pessoa, (0,8% do total da amostra) não respondeu

Dos vários itens apresentados destacou-se o facto de mais de metade dos inquiridos se sentirem mais seguros a viver no lar e considerarem que é também no lar que cuidam melhor da sua saúde.

No que diz respeito à questão onde *cuida melhor da sua saúde* encontraram-se diferenças expressivas entre os grupos etários sendo que 69,4% das pessoas entre 65 e 74 anos consideraram cuidar melhor da sua saúde no lar, percentagem muito superior às pessoas com 75 ou mais anos onde apenas 43,0% dos inquiridos seleccionaram essa opção.

Quanto ao item onde tem *maior risco de cair*, excluindo a opção não se aplica, o lar foi o local menos referido, sendo por isso considerado mais seguro que a casa.

2.2. Satisfação da necessidade *Comer e beber*

Na satisfação da necessidade *comer e beber*, no geral, comparando as opções casa e lar, as respostas foram maioritariamente favoráveis à casa, pelo que dentro dos itens avaliados a institucionalização parece ter um impacte negativo na satisfação desta necessidade (Tabela 15).

Os itens que se destacaram como favoráveis à opção casa foram: *a comida sabe-lhe melhor* (60,8% das respostas) e *come mais vezes os seus pratos preferidos* (65,6% das respostas). Relativamente ao item *a comida é melhor para a saúde*, embora com uma vantagem mais discreta que as anteriores, as respostas foram também mais favoráveis à casa. Estes resultados foram concordantes com Evans *et al.* (2005) que afirmaram que as refeições fornecidas pelos lares são habitualmente mal avaliadas pelos os idosos residentes. Ainda segundo os mesmos autores, a comida representa um papel importante na adaptação de um idoso ao lar na medida em que, por um lado esta afigura em parte o seu passado familiar, importante para a qualidade de vida, e por outro, comer o que se gosta e da forma como se está habituado ajuda a manter um adequado estado nutricional. Dados fornecidos pela European Nutrition for Health Alliance mostraram inclusivamente que 10,0% dos residentes em lares perdem 5,0% do seu peso corporal num mês e 10,0% nos seis meses seguintes à admissão sendo este mais um possível indicador de desadequação da alimentação fornecida às necessidades das pessoas institucionalizadas (Associação Portuguesa de Nutricionistas, 2006).

Randers e Mattiasson (2000) também referiram que comer e beber o que se está habituado é fundamental à manutenção da integridade pessoal e aumenta o bem-estar

dos idosos institucionalizados. No estudo realizado por Leven e Jonsson (2002) os idosos residentes em lares afirmaram que gostariam de poder fazer mais escolhas e ter os alimentos confeccionados da forma a que estavam habituados.

As questões que se relacionaram com a acessibilidade, nomeadamente onde *é mais fácil comer e beber* e o *horário das refeições é melhor* obtiveram respostas relativamente equilibradas entre as várias opções.

Encontraram-se algumas diferenças de resposta entre os sexos, designadamente na questão *a comida sabe-lhe melhor*, sendo que 48,3% dos homens afirmaram ser igual os dois sítios e apenas 22,9% das mulheres escolheram essa opção. Na questão onde *bebe mais vezes as suas bebidas preferidas*, 69,0% dos homens referiram beber mais vezes as suas bebidas preferidas em casa, nenhum optando pelo lar. Esta percentagem foi muito superior às mulheres, já que apenas 31,3% afirmaram que em casa bebiam mais vezes as suas bebidas preferidas e a maioria (57,3%) afirmou ser igual nos dois sítios. Relativamente à questão *a comida é melhor para a saúde*, 34,5% dos homens consideraram ser no lar e apenas 16,7% das mulheres escolheram a mesma opção.

Tabela 15: Distribuição das variáveis relativas à satisfação da necessidade *Comer e Beber*

Item	Opção escolhida				Total
	Em casa	No lar	É igual nos dois sítios	Não se aplica	
A comida sabe-lhe melhor	60,8%(76)	10,4%(13)	28,8%(36)	0,0%(0)	100,0%(125)
A comida é melhor para a saúde	41,8%(51)	21,3%(26)	36,9%(45)	0,0%(0)	100,0%(122*)
Bebe mais vezes as suas bebidas preferidas	40,0%(50)	4,0%(5)	49,6%(62)	6,4%(8)	100,0%(125)
Come mais vezes os seus pratos preferidos	65,6%(82)	6,4%(8)	25,6%(32)	2,4%(3)	100,0%(125)
É mais fácil comer e beber:	32,0%(40)	36,0%(45)	32,0%(40)	0,0%(0)	100,0%(125)
O horário das refeições é melhor:	36,8%(46)	28,0%(35)	35,2%(44)	0,0%(0)	100,0%(125)

*A comida é melhor para a saúde: 3 pessoas (2,4%) não responderam a esta questão

2.3.Satisfação da necessidade *Respirar*

Considerando os três parâmetros que foram avaliados na necessidade *respirar*, globalmente não se verificou uma tendência homogênea de opção favorável a um local (Tabela 16).

No parâmetro relacionado com a salubridade do ar; *o ar que respira é mais saudável*, a distribuição pelas opções foi equilibrada.

Relativamente à questão *cansa-se mais*, as respostas foram maioritariamente favoráveis ao lar, já que a maior percentagem das pessoas referiu cansar-se mais em casa.

Quanto ao item *os cheiros são mais agradáveis*, a maioria das respostas (52,0%) foi favorável à casa.

Tabela 16: Distribuição das variáveis relativas à satisfação da necessidade *Respirar*

Item	Opção escolhida				Total
	Em casa	No lar	É igual nos dois sítios	Não se aplica	
O ar que respira é mais saudável	32,8%(40)	32,0%(39)	35,2%(43)	0,0%(0)	100,0%(122*)
Cansa-se mais	45,6%(57)	16,0%(20)	32,0%(40)	6,4%(8)	100,0%(125)
Os cheiros são mais agradáveis	52,0%(65)	6,4%(8)	36,0%(45)	5,6%(7)	100,0%(125)

*O ar que respira é mais saudável: 3 pessoas (2,4%) não responderam

2.4.Satisfação da necessidade *Aprender*

Relativamente à satisfação da necessidade *aprender* observou-se uma percentagem importante de respostas não se aplica nas questões *aprende mais coisas novas* (18,4%) e *sente mais vontade de aprender* (32%). Nestes dois itens, dentro dos inquiridos que consideravam que a questão se aplicava, as respostas foram mais favoráveis à casa (Tabela 17).

Tabela 17: Distribuição das variáveis relativas à satisfação da necessidade *Aprender*

Item	Opção escolhida				Total
	Em casa	No lar	É igual nos dois sítios	Não se aplica	
Está melhor informado dos assuntos que lhe interessam	35,5%(44)	17,7%(22)	43,5%(54)	3,2%(4)	100,0%(124*)
Aprende mais coisas novas	39,2%(49)	23,2%(29)	19,2%(24)	18,4%(23)	100,0%(125)
Sabe mais sobre a sua saúde	26,4%(33)	32,8%(41)	39,2%(49)	1,6%(2)	100,0%(125)
Sente mais vontade de aprender coisas novas	32,0%(40)	14,4%(18)	21,6%(27)	32,0%(40)	100,0%(125)

*Está melhor informado dos assuntos que lhe interessam: 1 pessoa (0,8%) não respondeu

No que respeita à questão *está melhor informado dos assuntos que lhe interessam*, embora a opção casa tenha sido mais referida que a opção lar, a opção é igual nos dois sítios foi a que teve maior percentagem de respostas.

Na questão *sabe mais sobre a sua saúde*, embora a maior percentagem de respostas tenha sido para a opção é igual nos dois sítios, a opção lar teve maior número de respostas que a opção casa. Nesta questão verificaram-se diferenças de resposta entre sexos, sendo que 48,3% dos homens consideraram saber mais acerca da sua saúde no lar, e apenas 28,1% das mulheres seleccionaram o lar como resposta.

Relativamente à questão *aprende mais coisas novas*, a selecção da opção não se aplica diferiu entre grupos etários, sendo escolhida por 22,7% dos indivíduos com 75 ou mais anos e apenas por 5,6% dos idosos entre 65 e 74 anos.

2.5. Satisfação da necessidade *Dormir e repousar*

Na necessidade *dormir e repousar*, dois dos itens avaliados foram expressivamente favoráveis à opção casa: *onde se sente mais confortável* (59,2%) e *gosta mais do seu quarto* (78,4%) (Tabela 18).

No que respeita à questão *dorme melhor*, a casa foi mais bem avaliada que o lar, embora resposta predominante tenha sido a opção é igual nos dois sítios (50,4%).

Tabela18: Distribuição das variáveis relativas à satisfação da necessidade *Dormir e repousar*

Item	Opção escolhida				Total
	Em casa	No lar	É igual nos dois sítios	Não se aplica	
Dorme melhor	36,8%(46)	12,0%(15)	50,4%(63)	0,8%(1)	100,0%(125)
Descansa melhor	28,0%(35)	40,8%(51)	31,2%(39)	0,0%(0)	100,0%(125)
Sente-se mais confortável	59,2%(74)	20,8%(26)	20,0%(25)	0,0%(0)	100,0%(125)
Gosta mais do seu quarto	78,4%(98)	8,8%(11)	12,8%(16)	0,0%(0)	100,0%(125)

Em concordância com a resposta *onde se cansa mais* da necessidade respirar, *onde descansa melhor* foi a única opção deste grupo de questões em que o lar foi melhor avaliado. Nesta questão verificaram-se diferenças expressivas entre os sexos, sendo que 55,2% dos homens optaram pela opção lar contra 36,5% de respostas dadas nesta opção pelas mulheres.

2.6. Satisfação da necessidade *Estar limpo, cuidado e proteger os tegumentos*

No grupo de questões referentes à necessidade *estar limpo, cuidado e proteger os tegumentos*, a maioria dos itens teve a opção é igual nos dois sítios como a mais referida, sendo que a institucionalização parece não ter tido impacto na satisfação desta necessidade para a maioria dos inquiridos. Apesar disso, fazendo a comparação entre as opções casa e lar, as respostas foram claramente favoráveis à casa, excepto na questão relacionada com a acessibilidade/funcionalidade, onde a questão *é mais fácil tomar*

banho foi mais favorável ao lar (60,0% de respostas). A questão relacionada com a privacidade, *sente-se mais à vontade a tomar banho*, apresentou o maior número de respostas favoráveis à casa nesta necessidade (Tabela 19).

Os resultados obtidos no presente estudo relativamente ao banho parecem concordantes com Barkay e Tabak (2001), onde os idosos residentes afirmaram ter reservas na exposição e intrusão da sua privacidade, mas, por outro lado, consideravam positivo serem assistidos durante o banho, como forma de preocupação pelo seu bem-estar e segurança.

Tabela 19: Distribuição das variáveis relativas à satisfação da necessidade *Estar limpo, cuidado e proteger os tegumentos*

Item	Opção escolhida				Total
	Em casa	No lar	É igual nos dois sítios	Não se aplica	
Gosta mais de tomar banho	36,8%(46)	24,8%(31)	38,4%(48)	0,0%(0)	100,0%(125)
Sente-se mais à vontade a tomar banho	48,8%(61)	9,6%(12)	41,6%(52)	0,0%(0)	100,0%(125)
É mais fácil tomar banho	16,8%(21)	60,0%(75)	23,2%(29)	0,0%(0)	100,0%(125)
Penteia-se melhor	35,2%(44)	5,6%(7)	46,4%(58)	12,8%(16)	100,0%(125)
Perfuma-se mais	28,0%(35)	11,2%(14)	31,2%(39)	29,6%(37)	100,0%(125)
Cuida melhor das unhas	30,4%(38)	24,0%(30)	44,8%(56)	0,8%(1)	100,0%(125)
Cuida melhor dos dentes	14,4%(18)	5,6%(7)	66,4%(83)	13,6%(17)	100,0%(125)
Cuida melhor da pele	23,2%(29)	4,8%(6)	47,2%(59)	24,8%(31)	100,0%(125)
É mais vaidoso(a)	34,4%(43)	3,2%(4)	32,0%(40)	30,4%(38)	100,0%(125)

No item *penteia-se melhor* verificaram-se diferenças de resposta entre os sexos, já que 41,7% das mulheres consideraram pentear-se melhor em casa, enquanto apenas 13,8% dos homens tiveram a mesma opinião. A maioria dos homens (58,6%) referiu que essa

questão não lhes era aplicável. A diferença entre os sexos também foi notória nos cuidados às unhas, onde 37,5% das mulheres consideraram cuidá-las melhor em casa, enquanto apenas 6,9% dos homens seleccionaram essa opção. Efectivamente, 65,5% dos homens afirmaram cuidar das unhas de igual forma nos dois sítios.

2.7.Satisfação da necessidade *Vestir-se e despir-se*

Na necessidade *vestir-se e despir-se* a opção é igual nos dois sítios predominou. Apesar disso, quando comparadas as opções casa e lar as respostas foram mais favoráveis à casa, especialmente na questão relacionada com a privacidade *sente-se mais à vontade em vestir-se e despir-se* onde nenhum inquirido escolheu a opção lar (Tabela 20).

Tabela 20: Distribuição das variáveis relativas à satisfação da necessidade *Vestir-se e despir-se*

Item	Opção escolhida				Total
	Em casa	No lar	É igual nos dois sítios	Não se aplica	
Preocupa-se mais com o que veste	34,4%(43)	17,6%(22)	47,2%(59)	0,8%(1)	100,0%(125)
Anda mais bem vestido	38,4%(48)	13,6%(7)	48,0%(60)	0,0%(0)	100,0%(125)
Sente-se mais à vontade em vestir-se e despir-se	35,2%(44)	0,0%(0)	64,8%(81)	0,0%(0)	100,0%(125)
Arranja-se mais	40,8%(51)	10,4%(13)	47,2%(59)	1,6%(2)	100,0%(125)

Relativamente ao item *anda mais bem vestido* verificaram-se diferenças entre os grupos etários, sendo que 61,1% das pessoas entre 65 e 74 anos afirmaram andar mais bem vestido em casa e apenas 28,4% das pessoas com 75 ou mais anos optaram por essa resposta. Quanto à opção igual nos dois sítios 25,0% das pessoas entre 65 e 74 anos seleccionaram-na, contra 58,0% das pessoas com 75 ou mais anos.

Na questão *arranja-se mais* uma percentagem superior de mulheres optou pela resposta casa (45,8%) comparativamente aos homens (24,1%).

2.8. Satisfação da necessidade *Manter a temperatura do corpo nos limites normais*

Na satisfação da necessidade *manter a temperatura do corpo nos limites normais* as respostas foram relativamente equilibradas, notando-se apenas uma tendência mais favorável à casa relativamente ao lar na questão *onde é mais fácil refrescar-se quando tem calor* (Tabela 21).

Na questão *onde é mais fácil aquecer-se quando tem frio*, 20,8% dos inquiridos seleccionaram a opção não se aplica, justificada em parte pelo facto de alguns residentes ainda não terem passado o Inverno no lar e portanto a questão não fazer sentido na sua situação.

Tabela 21: Distribuição das variáveis relativas à satisfação da necessidade *Manter a temperatura do corpo nos limites normais*

Item	Opção escolhida				Total
	Em casa	No lar	É igual nos dois sítios	Não se aplica	
A temperatura da casa é mais agradável	32,8%(41)	28%(35)	39,2%(49)	0,0%(0)	100,0%(125)
É mais fácil aquecer-se quando tem frio	24,0%(30)	22,4%(28)	32,8%(41)	20,8%(26)	100,0%(125)
É mais fácil refrescar-se quando tem calor	36,0%(45)	19,2%(24)	44,8%(56)	0,0%(0)	100,0%(125)

2.9. Satisfação da necessidade *Eliminar*

Nas questões relacionadas com a satisfação da necessidade *eliminar* a resposta é igual nos dois sítios predominou. Apesar disso, quando comparadas as respostas casa e lar, a maioria das questões foram favoráveis à casa, mesmo numa das questões mais relacionada com a acessibilidade, *onde é mais fácil utilizar a sanita*. A questão relacionada com a privacidade *sente-se mais à vontade em utilizar a casa de banho* foi a mais favorável à casa (48,8%). A única questão onde o lar teve mais respostas favoráveis que a casa foi *onde é mais fácil chegar da cama à sanita* (40,8%), onde à semelhança de respostas anteriores se trata de um aspecto relacionado com acessibilidade/funcionalidade (Tabela 22).

Tabela 22: Distribuição das variáveis relativas à satisfação da necessidade *Eliminar*

Item	Opção escolhida				Total
	Em casa	No lar	É igual nos dois sítios	Não se aplica	
Sente-se mais à vontade em utilizar a casa de banho	48,8%(61)	8,0%(10)	42,5%(53)	0,8%(1)	100,0%(125)
É mais fácil utilizar a sanita	36,0%(45)	20,0%(25)	42,4%(53)	1,6%(2)	100,0%(125)
Regula melhor os seus intestinos	25,6%(32)	12,8%(16)	57,6%(72)	4,0%(5)	100,0%(125)
É mais fácil chegar da cama à sanita	23,2%(29)	31,2%(39)	40,8%(51)	4,8%(6)	100,0%(125)

2.10. Satisfação da necessidade *Praticar a religião ou agir segundo as próprias crenças*

Respeitar as necessidades religiosas individuais é uma componente importante da integridade cultural de cada um, devendo ser dadas oportunidades aos idosos para satisfazer essa necessidade de forma completa (Randers e Mattiasson, 2000).

Na satisfação da necessidade *praticar a religião ou agir segundo as próprias crenças*, o item *é mais fácil rezar* enquanto componente mais privada e intrínseca da satisfação desta necessidade parece não ter sido influenciada pela institucionalização, já que a maioria das respostas foram relativas à opção *é igual nos dois sítios*. Na questão *é mais fácil ir à missa*, a componente mais pública e extrínseca da satisfação desta necessidade, as respostas foram significativamente favoráveis à opção *casa* (considerando os indivíduos em que este item se aplicava) apontando para um impacto negativo da institucionalização na satisfação da mesma (Tabela 23).

Encontraram-se diferenças entre sexos na satisfação desta necessidade já que uma percentagem superior de homens (41,4%) afirmou que a questão de *rezar* não se aplicava comparativamente às mulheres, em que apenas 12,5% seleccionaram essa resposta. Relativamente a *ir à missa* também se verificaram diferenças, sendo que 51,7% dos homens afirmaram que a questão não se aplicava contra 34,4% das mulheres que afirmaram o mesmo.

Tabela 23: Distribuição das variáveis relativas à satisfação da necessidade *Praticar a religião ou agir segundo as próprias crenças*

Item	Opção escolhida				Total
	Em casa	No lar	É igual nos dois sítios	Não se aplica	
É mais fácil rezar	12,0%(15)	7,2%(9)	61,6%(77)	19,2%(24)	100,0%(125)
É mais fácil ir à missa	48,8%(61)	3,2%(4)	9,6%(12)	38,4%(48)	100,0%(125)

No que respeita à percentagem de respostas na opção não se aplica nesta necessidade, Dorahy *et al.* (1998) afirmaram existir uma depleção de crenças e práticas religiosas nas sociedades ocidentais e que habitualmente as mulheres têm uma religiosidade superior aos homens, confirmadas no presente estudo com a diferença de respostas apresentadas entre homens e mulheres.

2.11. Satisfação da necessidade *Ocupar-se para se sentir útil*

Nesta necessidade todos os parâmetros avaliados foram favoráveis à casa com percentagens significativas, oscilando entre 57,6% de respostas no item *é mais fácil ir votar* (sendo de notar que 31,2% das respostas foram para a opção não se aplica) até 76,8% de respostas no item *tem mais responsabilidades* (Tabela 24). Efectivamente, a institucionalização parece ter tido um impacte negativo na satisfação desta necessidade, o que é coincidente com o que é descrito na literatura, onde a inactividade e comportamentos passivos por parte dos residentes parecem predominar nos lares, sendo os dias caracterizados pela repetição e inexistência de estimulação (Barros, 2001).

A colaboração dos idosos nas actividades diárias do lar, nomeadamente na preparação de refeições e outras tarefas domésticas, tem sido apontada como importante na ocupação do tempo e sentimento de utilidade para os residentes, podendo ainda traduzir-se numa ajuda para os próprios funcionários. Apesar disso, mesmo quando muitos idosos manifestam motivação e disponibilidade para a realização de tarefas domésticas e colaboração nas rotinas institucionais, os comportamentos organizacionais tendem a desvalorizar as capacidades dos idosos, limitando a sua iniciativa e actividade. Assim, este tipo de colaboração é geralmente reservado a uma minoria de idosos mais

independentes levando à ausência de actividades e algum conformismo por parte da maioria dos residentes. A percepção de um certo grau de vazio estrutural no quotidiano leva muitas vezes à afirmação de que no lar não se faz nada (Malveiro, 1997; Barros, 2001), o que valida as respostas favoráveis à casa nos itens *está mais ocupado*, *sente-se mais útil*, *tem mais responsabilidades* e *decide mais pela sua cabeça*.

Tabela 24: Distribuição das variáveis relativas à satisfação da necessidade *Ocupar-se para se sentir útil*

Item	Opção escolhida				Total
	Em casa	No lar	É igual nos dois sítios	Não se aplica	
Está mais ocupado(a)	68,8%(86)	15,2%(19)	14,4%(18)	1,6%(2)	100,0%(125)
Sente-se mais útil	62,4%(78)	12,8%(16)	23,2%(29)	1,6%(2)	100,0%(125)
Tem mais responsabilidades	76,8%(96)	5,6%(7)	12,8%(16)	4,8%(6)	100,0%(125)
Faz mais coisas fora de casa	70,4%(88)	1,6%(2)	7,2%(9)	20,8%(26)	100,0%(125)
Orienta melhor o seu dinheiro	62,4%(78)	0,8%(1)	16,0%(20)	20,8%(26)	100,0%(125)
Decide mais pela sua cabeça	61,8%(76)	4,1%(5)	31,7%(39)	2,4%(3)	100,0%(123*)
É mais fácil ir votar	57,6%(72)	0,0%(0)	11,2%(14)	31,2%(39)	100,0%(125)

*Decide mais pela sua cabeça: 2 pessoas (1,6%) não responderam

Relativamente ao item *é mais fácil ir votar*, 31,2% dos inquiridos afirmaram que a questão não se lhes aplicava. Quanto aos restantes, 57,6% afirmaram ser mais fácil ir votar em casa e 11,2% afirmaram ser igual nos dois sítios. Nenhum inquirido afirmou ser mais fácil ir votar no lar. Relativamente a este item, Nabi (2002) defendeu que as pessoas responsáveis pelos cuidados aos idosos nos lares deveriam tomar a iniciativa de encorajar os residentes a votar, nomeadamente através do fornecimento de transporte, de forma a contrariar o facto dos idosos institucionalizados em lares votarem menos que os idosos que residem na comunidade.

Barros (2001) mencionou que, entre as perdas que os idosos atravessam ao entrar num lar, se encontram as perdas económicas, já que grande parte ou mesmo todo o rendimento mensal fica em posse da instituição. Este aspecto poderá em parte explicar o

impacte negativo que a institucionalização teve no presente estudo no item *orienta melhor o seu dinheiro*, já que 62,4% das respostas foram favoráveis à casa e apenas 0,8% fizeram parte da opção lar.

Ainda relativamente ao item *orienta melhor o seu dinheiro*, no presente estudo encontraram-se diferenças entre sexos, já que 31% dos homens consideraram orientar o seu dinheiro de igual forma nos dois sítios e apenas 11,5% das mulheres consideraram o mesmo. Também na opção não se aplica se identificaram diferenças, sendo que 25,0% das mulheres optaram por esta resposta contra apenas 6,9% de respostas na mesma opção nos homens.

Leven e Jonsson (2002) realizaram um estudo para perceber os factores que influenciavam a ocupação dos idosos residentes em lares. Emergiram deste estudo quatro aspectos fundamentais que poderão servir como pistas de acção para minimizar o impacte negativo da institucionalização na satisfação desta necessidade. O primeiro aspecto foi a importância dos residentes desempenharem uma ou mais actividades que lhes sejam familiares e que eles entendam como uma continuidade daquilo que faziam antes de entrarem para o lar. O segundo aspecto consistiu no facto de os residentes considerarem que não é só a questão de *fazer* que era importante, mas também *a atmosfera que se criava para o fazer*. Um terceiro aspecto referido pelos idosos neste estudo foi a relevância da autodeterminação e controlo dos próprios residentes nas actividades a realizar diariamente. Em quarto lugar foi referida a importância de criar oportunidades de desenvolver actividades e contactos sociais com os outros residentes de forma a melhorar as relações existentes.

2.12. Satisfação da necessidade *Recrear-se*

Na necessidade *recrear-se*, à semelhança da necessidade anterior, também as respostas escolhidas foram predominantemente favoráveis à opção casa (nos indivíduos em que as questões se aplicavam) evidenciando um impacte negativo da institucionalização na sua satisfação, sendo de realçar que 69,6% dos inquiridos consideraram *ser mais felizes* em casa e 63,6% afirmaram *sentir-se mais aborrecidos no lar* (Tabela 25).

Mendonça dos Reis (1998) no estudo que realizou em dois lares de forma a avaliar a participação das pessoas idosas residentes nas actividades pessoais e sociais, verificou que *bordar* foi a actividade de ocupação mais referida pelos idosos antes de residir no lar, seguida de *jogos*. No presente estudo não se verificaram esses resultados já que a maioria dos inquiridos respondeu que essas actividades não se aplicavam à sua situação, nomeadamente 68,8% no item *borda mais* e 81,6% no item *joga mais*. Também nos itens *dança mais* e *lê mais*, a opção não se aplica predominou com 84,8% e 53,6% das respostas respectivamente.

A elevada percentagem de respostas não se aplica nos itens anteriormente referidos é concordante com a baixa participação sociocultural verificada na população idosa portuguesa divulgada pelo INE, onde a principal actividade de lazer referida foi ver televisão. O hábito de leitura variou consoante o sexo, sendo que perto de 50,0% dos homens e 23,0% das mulheres referiram ler jornais, 22,9% das mulheres e 20,4% dos homens afirmaram ler revistas e 14,0% das mulheres e 16,0% dos homens afirmaram ter lido livros nos últimos 12 meses. No que diz respeito a jogar, 17,0% dos homens referiram ter jogado cartas, xadrez ou damas algumas vezes. A frequência em bailes e festas populares foi referida por 27,0% dos homens e 19,0% das mulheres (INE, 2002).

O impacte negativo da institucionalização na satisfação desta necessidade pode em parte ser explicado pelo tipo de actividades promovidas nos lares referidas por Malveiro (1997) que consistem essencialmente em programas de televisão, realização de bordados ou rendas para as mulheres e os jogos de cartas para os homens, e algumas actividades de leitura e escrita, que foram aspectos onde predominou a resposta não se aplica no presente estudo, à excepção de ver televisão. Também Barros (2001) referiu a desadequação de alternativas ocupacionais oferecidas aos residentes, sendo que muitas actividades desenvolvidas eram encaradas pelos idosos como infantilizadoras e sem utilidade reconhecida. Desta forma, os idosos permaneciam a maioria do tempo no sofá a ver televisão, a dormir ou em isolamento no quarto. Este autor referiu que as actividades mais apreciadas eram os passeios ou visitas de estudo, sendo que as festas realizadas eram encaradas com passividade, sendo consideradas monótonas e repetitivas, realizadas nos mesmos dias e comemoradas da mesma forma.

No presente estudo a única resposta favorável ao lar foi relativa à questão onde *vê mais televisão* com 38,4% das respostas. Apesar disso, na questão onde *vê mais vezes os seus programas preferidos*, apenas 12,8% de respostas foram favoráveis ao lar, o que põe em causa mais uma vez as preferências individuais dos idosos residentes.

Ainda que cerca de 78,0% dos lares assumam que dentro das actividades desenvolvidas se encontrem a “organização de viagens e passeios” (Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 2000), é um facto que 67,2% dos inquiridos no presente estudo responderam que *passeavam mais* em casa.

Tabela 25: Distribuição das variáveis relativas à satisfação da necessidade *Recrear-se*

Item	Opção escolhida				Total
	Em casa	No lar	É igual nos dois sítios	Não se aplica	
Diverte-se mais	58,4%(73)	12,8%(16)	21,6%(27)	7,2%(9)	100,0%(125)
Passeia mais	67,2%(84)	5,6%(7)	5,6%(7)	21,6%(27)	100,0%(125)
Vê mais televisão	30,4%(38)	38,4%(48)	20,0%(25)	11,2%(14)	100,0%(125)
Vê mais vezes os seus programas preferidos	48,8%(61)	12,8%(16)	26,4%(33)	12,0%(15)	100,0%(125)
Sente-se mais aborrecido	16,5%(20)	63,6%(77)	15,7%(19)	4,1%(5)	100,0%(121*)
Lê mais daquilo que gosta	25,6%(32)	9,6%(12)	11,2%(14)	53,6%(67)	100,0%(125)
Dança mais	10,4%(13)	1,6%(2)	3,2%(4)	84,8%(106)	100,0%(125)
Compra mais coisas que gosta	69,6%(87)	0,0%(0)	12,8%(16)	17,6%(22)	100,0%(125)
Ouve mais música que gosta	46,4%(58)	10,4%(13)	18,4%(23)	24,8%(31)	100,0%(125)
Joga mais	9,6%(12)	6,4%(8)	2,4%(3)	81,6%(102)	100,0%(125)
Borda mais	24,0%(30)	5,6%(7)	1,6%(2)	68,8%(86)	100,0%(125)
É mais feliz	69,6%(87)	12,0%(15)	14,4%(18)	4,0%(5)	100,0%(125)

*Sente-se mais aborrecido: 4 pessoas (3,2%) não responderam

No que diz respeito a diferenças entre os sexos, uma maior percentagem de homens afirmou *jogar mais* em casa (20,7%), comparativamente à mesma resposta dada pelas mulheres (6,3%). Por outro lado, todos os homens afirmaram que a questão *borda mais* não lhes era aplicável, enquanto 31,3% das mulheres afirmaram fazê-lo mais em casa.

No que respeita à pergunta *onde se diverte mais*, uma maior percentagem das pessoas entre 65 e 74 anos optou pela casa (75,0%), comparativamente com as pessoas com 75 ou mais anos (52,3%).

Relativamente à questão onde *passeia mais*, uma percentagem superior de homens optou pela casa (82,8%), comparativamente às mulheres (62,5%).

2.13. Satisfação da necessidade *Comunicar com os semelhantes*

As relações interpessoais são um recurso de extrema importância na adaptação da pessoa idosa à vida institucional (Barkay e Tabak, 2001). No presente estudo, as relações interpessoais, incluídas na necessidade *comunicar com os semelhantes*, parecem ter sido influenciadas negativamente pela institucionalização na maioria dos itens avaliados (Tabela 26).

Pimentel (1995) referiu que o tipo e intensidade de relações sociais estabelecidas pelos idosos institucionalizados são variáveis, podendo encontrar-se idosos que se isolam na instituição e não têm qualquer tipo de interações sociais, e outros que mantêm interações sociais intensas com pessoas da instituição e fora dela. Tendo em conta que um motivo de entrada no lar no presente estudo foi o facto de se *estar só*, verificou-se em concordância que a maior percentagem de respostas no item *sente-se mais sozinho(a)* foi para a opção casa (45,6%). No entanto, não pode desvalorizar-se o facto de 35,2% das pessoas inquiridas terem afirmado sentir-se mais sozinhas no lar, o que reforça o conceito de solidão como “*um estado emocional desagradável em que a pessoa idosa se sente à parte das outras*” Copel (1998) cit. in Squire e Simnett (2004), que vai muito para além de estar só.

Verificaram-se diferenças entre sexos no que diz respeito à questão *fala mais com a sua família*, sendo que 79,3% dos homens afirmaram ser em casa, contra 54,2% de mulheres que seleccionaram a mesma opção.

No que respeita à questão *sente-se mais sozinho*, 52,8% das pessoas entre 65 e 74 anos afirmaram sentir-se mais sozinhas no lar enquanto apenas 28,4% das pessoas com 75 ou mais anos optaram por essa resposta.

Tabela 26: Distribuição das variáveis relativas à satisfação da necessidade *Comunicar com os semelhantes*

Item	Opção escolhida				Total
	Em casa	No lar	É igual nos dois sítios	Não se aplica	
Sente-se com mais amigos	57,7%(71)	13,0%(16)	26,0%(32)	3,3%(4)	100,0%(123*)
Fala mais com a sua família	60,0%(75)	12,0%(15)	24,0%(35)	4,0%(5)	100,0%(125)
Passa mais tempo com as pessoas que gosta	70,2%(87)	14,5%(18)	14,5%(18)	0,8%(1)	100,0%(124**)
Sente-se mais sozinho(a)	45,6%(57)	35,2%(44)	13,6%(17)	5,6%(7)	100,0%(125)
Conversa mais	42,4%(53)	37,6%(47)	14,4%(18)	5,6%(7)	100,0%(125)
Sente que tem mais pessoas que gostam de si	59,5%(72)	14,9%(18)	25,6%(31)	0,0%(0)	100,0%(121***)
Sente-se mais à vontade com as pessoas que estão à sua volta	68,0%(85)	11,2%(14)	20,0%(25)	0,8%(1)	100,0%(125)

*Sente-se com mais amigos: 2 pessoas (1,6%) não responderam

**Passa mais tempo com as pessoas que gosta: 1 pessoa (0,8%) não respondeu

***Sente que tem mais pessoas que gostam de si: 4 pessoas (3,2%) não responderam a esta questão

As relações dos idosos residentes em lares com pessoas do exterior, nomeadamente com a família, parecem ser afectadas pela diminuição progressiva do número e duração das visitas com o tempo de institucionalização, associada a uma relação gradualmente mais superficial (Barros, 2001; Zimerman, 2005). Acrescido a esse facto, as restrições de saída do lar, por limitação física ou normas institucionais, parecem ser factor de redução de contactos sociais exteriores ao lar (Barros, 2001). No presente estudo, esses dados parecem confirmar-se, sendo que maioria dos inquiridos referiu que *falar mais com a sua família* em casa.

As relações sociais restringem-se assim muitas vezes às pessoas que estão ligadas ao lar; os residentes e funcionários (Barkay e Tabak, 2001; Hortelão, 2003) embora como referiu Barros (2001), essas relações sejam muitas vezes precárias ou mesmo

inexistentes, o que de certa forma é concordante com os resultados obtidos no presente estudo, já que a maioria dos inquiridos considerou *ter mais amigos, ter mais pessoas que gostam de si, passar mais tempo com as pessoas que gosta e estar mais à vontade com as pessoas que estão à sua volta* em casa.

A questão da sexualidade nos lares para idosos permanece actualmente ignorada ou evitada, um tabu, tanto pelos residentes como funcionários, apesar da sua assumida importância enquanto parte da satisfação de necessidades psicossociais, de gratificação pessoal, interacção e mutualidade nas relações de pessoas idosas e se aceitar que esta não desaparece com a entrada num lar (Cooper, 1981). No presente estudo incluiu-se inicialmente a questão *é mais fácil manter uma relação íntima* na necessidade comunicar com os semelhantes, mas acabou por ser excluída após o pré-teste pois a maioria dos inquiridos recusou-se a responder a esta questão, chegando mesmo a mostrar desagrado ou desconfiança com a mesma. Este facto veio reforçar a dificuldade em abordar as questões da sexualidade neste contexto.

2.14. Satisfação da necessidade *Movimentar-se e manter uma postura correcta*

Neste grupo de questões o item relacionado com acessibilidade *é mais fácil andar dentro de casa* teve um maior número de respostas favoráveis ao lar (47,2%). No entanto, apesar de grande parte das pessoas ter considerado que era *mais fácil andar dentro de casa* no lar comparativamente à casa, a maioria afirmou que *andava mais em casa* (56,8%) e tinha *mais vontade de andar* em casa (51,2%) (Tabela 27).

Mais uma vez o item relacionado com a saída ao exterior da habitação *é mais fácil ir até à rua* parece ter sofrido um impacte negativo com a institucionalização na sua satisfação, já que 47,6% das repostas foram favoráveis à casa.

Nas questões mais ligadas à funcionalidade (*é mais fácil entrar e sair da cama e é mais fácil sentar-se e levantar-se no sofá*), predominou a opção *é igual* nos dois sítios como resposta não se verificando impacte da institucionalização na sua satisfação.

Tabela 27: Distribuição das variáveis relativas à satisfação da necessidade *Movimentar-se e manter uma postura correcta*

Item	Opção escolhida				Total
	Em casa	No lar	É igual nos dois sítios	Não se aplica	
Anda mais	56,8%(71)	11,2%(14)	15,2%(19)	16,8%(21)	100,0%(125)
É mais fácil andar dentro de casa	24,8%(31)	47,2%(59)	21,6%(27)	6,4%(8)	100,0%(125)
É mais fácil ir até à rua	57,6%(72)	11,2%(14)	14,4%(18)	16,8%(21)	100,0%(125)
Sente mais vontade de andar	51,2%(64)	14,4%(18)	20,8%(26)	13,6%(17)	100,0%(125)
É mais fácil entrar e sair da cama	24,0%(30)	15,2%(19)	54,4%(68)	6,4%(8)	100,0%(125)
É mais fácil sentar-se e levantar-se no sofá	20,0%(25)	15,2%(19)	51,2%(64)	13,6%(17)	100,0%(125)

Tem sido realçada a importância de actividade física regular moderada nas pessoas idosas para retardar o declínio funcional, redução de quedas e a promoção da saúde mental e contactos sociais (OMS, 1998; OMS, 2002). Andar é a forma mais natural dos seres humanos se movimentarem diariamente, não precisando para a sua realização equipamento especial (salvo pessoas com incapacidade) podendo ser incluídas nas actividades domésticas diárias. Andar pouco, representa uma perda de potencial para a saúde e bem-estar no que respeita à actividade física (OMS, 1998). Tendo em conta estes aspectos, a institucionalização parece ter tido um impacte negativo na satisfação desta necessidade, já que apesar do lar ter sido melhor avaliado que a casa no que respeita à acessibilidade, na asserção *é mais fácil andar dentro de casa*, a maioria dos inquiridos referiu *andar mais* e *sentir mais vontade de andar* em casa.

2.15. Comparação da média de respostas favoráveis a cada opção na satisfação das necessidades humanas fundamentais

Comparando a média de respostas favoráveis a cada opção (lar, casa e igual nos dois sítios), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre sexos, tempo de residência no lar (até um ano e mais de um ano), e grupos etários (entre 65 e

74 anos e 75 ou mais anos), com níveis de significância superiores a 0,05 em todas as situações.

2.16. Cuidados institucionais e a satisfação das necessidades humanas fundamentais

Os resultados obtidos relativamente ao impacte da institucionalização na satisfação das necessidades humanas fundamentais vieram reforçar o facto dos cuidados institucionais se encontrarem geralmente mais direccionados para satisfazer as necessidades físicas do que para as necessidades psicológicas e sociais (Pimentel, 1995; Barkay e Tabak, 2001; Queiroga, 2002). Efectivamente, ao analisar as respostas dos participantes, verificou-se que dentro das necessidades relativas à sobrevivência, os aspectos ligados à segurança e aspectos funcionais foram em regra abonatórios à instituição, ao passo que as necessidades inseridas no plano social, bem como os aspectos individuais de preferência e privacidade nas necessidades de sobrevivência, o lar obteve poucas respostas favoráveis. Assim, pode-se inclusivamente questionar se os lares para idosos se aproximam mais de uma casa ou de um hospital, e qual deverá ser o seu objectivo prioritário, tendo em conta que a maioria das situações de internamento são permanentes resultando em vários anos de institucionalização. Efectivamente, os dados obtidos no presente estudo assemelham-se aos referidos por Morrisson (2001) que investigou a perspectiva dos doentes face à institucionalização no hospital, onde estes consideravam que o seu dia a dia no hospital era controlado por rotinas, sendo-lhes retirada a responsabilidade e liberdade, referindo uma despersonalização, perda de papéis sociais, e afastamento do seu meio familiar. Desta forma, parece pertinente investigar em futuros estudos se o papel social percebido pelos idosos institucionalizados nos lares é coincidente com o papel de “doente”, e se este se sobrepõe ao papel de ser “pessoa”.

Importa ainda considerar através dos resultados obtidos, que muitas características das instituições totalitárias referidas por Goffman (2003) emergiram neste estudo, não só nas questões relativas à diminuição da individualidade e privacidade, mas também no aparente fechamento da instituição face à sociedade, no que respeita às relações ou actividades realizadas no exterior do lar.

3. Aspectos relativos à institucionalização e satisfação de vida

3.1. Satisfação em residir num lar

Quando questionados acerca do grau satisfação ou insatisfação em morar num lar, a opção mais escolhida pelos residentes foi *satisfeito* com 44,0% dos participantes. As pessoas que afirmaram estar *satisfeitas* ou *muito satisfeitas* em morar num lar perfizeram um total de 46,4% dos participantes (Figura 2).

Os indivíduos que referiram estar insatisfeitos ou muito insatisfeitos integraram 38,4% dos inquiridos. Aqueles que afirmaram não estar satisfeitos, nem insatisfeitos constituíram 14,4% da amostra. Um inquirido (0,8%) não respondeu a esta questão (Figura 2).

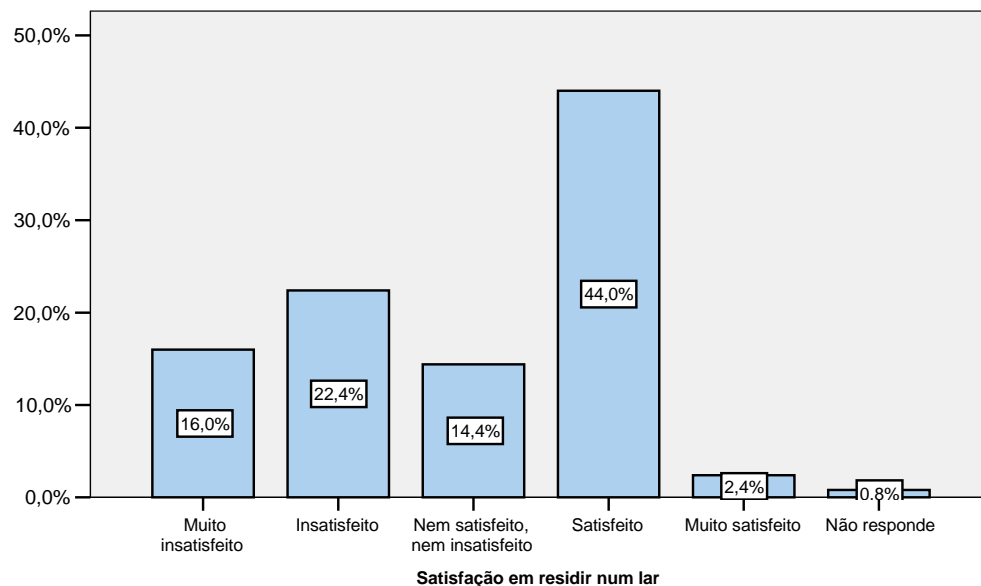


Figura 2: Percentagem de indivíduos distribuídos pelo grau de satisfação em residir num lar

Relativamente a diferenças expressivas encontradas entre sexos e grupos etários, é de referir que 20,7% dos homens afirmaram não estar satisfeitos nem insatisfeitos em residir num lar, enquanto apenas 6,3% das mulheres escolheram essa opção. Do total de respondentes, 89,3% das pessoas que referiram estar insatisfeitas por morar num lar

eram mulheres. No que respeita aos grupos etários também se verificaram diferenças, sendo que 19,4% das pessoas entre 65 e 74 anos seleccionaram a resposta insatisfeito, comparativamente a 5,7% de respostas nas pessoas com 75 ou mais anos. Há também a referir que 53,4% das pessoas com 75 ou mais anos afirmaram estar satisfeitas por residir num lar, enquanto apenas 30,6% das pessoas entre 65 e 74 anos o fizeram.

No que diz respeito ao tempo de residência no lar, os níveis de satisfação em residir num lar foram superiores nos indivíduos que residiam no lar há mais de um ano comparativamente aos que residiam no lar há um ano ou menos ($p=0,038$), como é ilustrado na Figura 3.

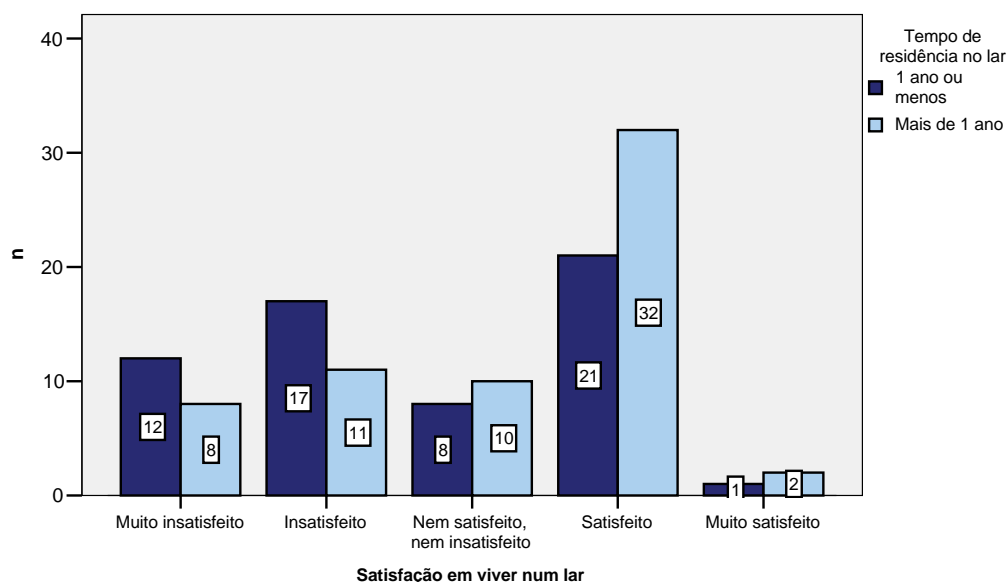


Figura 3: Número de indivíduos distribuídos pelo grau de satisfação em residir num lar e tempo de residência no lar

Das pessoas que moravam no lar há menos de seis meses, 46,0% afirmaram estar insatisfeitas ou muito insatisfeitas por morar num lar, verificando-se as mesmas respostas em 50,0% das pessoas que moravam no lar entre seis meses e um ano. Efectivamente, 60,7% das pessoas que referiram estar insatisfeitas por residir num lar e 60,0% das pessoas que referiram estar muito insatisfeitas moravam no lar há um ano ou menos.

Verificou-se ainda uma associação entre o local onde os inquiridos consideravam ser mais felizes e o grau de satisfação em residir num lar, sendo que o teste do Qui-

Quadrado sugere que as variáveis não são independentes (Asymp. Sig. 2-sided 0,000), como é ilustrado na figura 4.

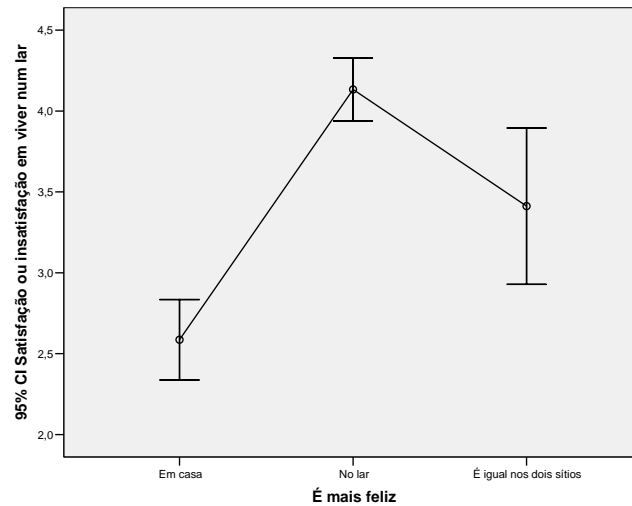


Figura 4: Associação entre satisfação em residir num lar e local onde se é mais feliz

3.1.1. Razão da (in)satisfação em residir num lar

As razões apontadas para a insatisfação em residir num lar relacionaram-se essencialmente com situações de descontentamento ou mesmo revolta pela situação de internamento, bem como a não identificação com o meio institucional, falta de privacidade e lacunas de suporte social enquadrado na categoria da relação interpessoal. Alguns residentes manifestaram resignação face à situação de internamento para justificar a sua insatisfação, pois embora insatisfeitos assumiram não haver outra alternativa melhor (Tabela 28).

Estes resultados foram coincidentes com Barros (2001), que relativamente aos aspectos relacionados com a insatisfação em residir no lar, afirmou que estes se prendem com a ausência de controlo e participação, falta de privacidade, bem como restrições a liberdades fundamentais como o direito a sair do lar, acrescidos do problema da infantilização e os preços praticados nos lares.

Tabela 28: Razão da insatisfação em residir num lar

	Categoria	Unidade de Registo	Enu m
Muito Insatisfeito	Descontentamento/ Revolta	Sinto-me aborrecida	1
		Ter sido obrigado(a)	3
		Peço todas as noites que me tirem daqui, nunca estive numa situação assim	1
		Estou farta	1
		Por tudo	1
		Não devia haver lares	1
		É todos os dias a mesma coisa	1
		Sempre fui contra os lares, cuidei do meu pai e marido mesmo acamados e agora vim para um lar	1
		Sou a primeira da família a morar num lar	1
	Relação Interpessoal	Por não ver a família	1
		Sinto-me só, não tenho ninguém	1
	Identificação com o meio	Gostava mais de estar em casa	2
		Não há nada como a nossa casa	1
		Era a minha casa	1
		As pessoas deviam morrer em casa	1
Insatisfeito	Autonomia/ Privacidade	Em casa estava mais à vontade	1
		Estou habituada a andar em casa, fazer compras, a fazer as minhas coisas	1
	Não responde		2
	Descontentamento/ Revolta	Há muitas maldades que não esperava	1
		Não gosto de cá estar	1
		Às vezes não tenho paciência para as coisas do dia a dia	1
	Identificação com o meio	Queria/ gostava de estar em casa	7
		Gostava de estar em casa, ninguém me chateava	1
		Pensava morrer em casa	1
		Queria ter saúde para estar em casa	1
		Em casa estava melhor	1
		Sentia mais alegria em casa	1
		Porque não é a minha casa	1
		Gostava de morar num lar melhor	1
	Autonomia Privacidade	Aqui não estou à vontade	1
		Não estou à minha maneira	1
		Aqui tenho muitas condicionantes	1
	Resignação	Não podia cuidar de mim em casa	1
		Os filhos não podiam ajudar em casa, tenho de estar aqui	1
		Estou insatisfeita, mas tenho de aceitar a minha situação	1
		É muito caro, mas não posso ter ninguém a cuidar de mim	1
	Relação Interpessoal	Outros utentes invejosos	1
		Não falo com ninguém	1
		Cada empregada tem o seu feitio, aqui não nos conhecem	1
	Não responde		4

Relativamente aos inquiridos que responderam à razão pela qual não se encontravam satisfeitos nem insatisfeitos com a institucionalização, a categoria predominante foi a resignação o que aparenta ser concordante com a de opção escolhida, já que a maioria das pessoas mencionou aspectos positivos e negativos face à situação justificando a opção intermédia na escala. À semelhança das respostas relativas à insatisfação face à institucionalização, verificaram-se justificações incluídas nas categorias de relação interpessoal e descontentamento (Tabela 29).

Tabela 29: Razão da não satisfação nem insatisfação em residir num lar

Categoria		Unidade de Registo	Enum
Nem satisfeito, nem insatisfeito	Relação Interpessoal	Em casa via mais a família	1
		Estou acompanhada	1
	Autonomia/Privacidade	Em casa mandava nas minhas coisas	1
		Aqui há regulamentos, em casa andava à vontade, comia o que queria, quando queria	1
		Somos mais livres em casa	1
		Em casa estava mais à vontade	1
	Resignação	Embora gostasse de viver sozinho, é indiferente	1
		Já não conseguia tomar conta de mim, aqui tomam	1
		Por enquanto estou bem aqui	1
		Tem coisas boas e tem coisas más	1
		Estou conformada	1
		Estou aqui porque não podia cuidar de mim, mas preferia estar em casa	1
		Em casa não podia pedir ajuda, mas estava melhor	1
	Descontentamento/Revolta	Ando aborrecida	1
		Às vezes aborreço-me	1
	Não responde		3

Dentro das razões que justificaram a satisfação em residir num lar, as categorias dominantes foram a relação interpessoal onde se destacou o registo *estar acompanhado(a)* e respostas semelhantes como o *nunca estar sozinha, ver mais gente*, e a categoria relativa aos cuidados, em registos como *tratam-me bem e cuidam de mim*. Também a categoria resignação tem alguma expressão na resposta a esta questão (Tabela 30).

Tabela 30: Razão da satisfação em residir num lar

	Categoria	Unidade de Registo	Enumeração
Muito Satisfeito	Cuidados	Tenho ajuda nas actividades diárias	1
	Relação interpessoal	Gosto das pessoas e as pessoas gostam de mim	1
		Gosto do pessoal	1
		Estou acompanhada	1
	Ocupação	Tenho o tempo ocupado; descanso e tenho actividades	1
	Autonomia	Faço o que quero	1
Satisfeito	Cuidados	Cuidam de mim	3
		Têm cuidados comigo	1
		Tratam-me bem	10
		Quando estou doente alguém chama o médico e dá a medicação	1
		Tenho ajuda	2
		Tenho quem me faça as coisas	1
		Tenho mais apoio	2
	Ocupação	Estou mais ocupada	1
		Descanso mais	1
	Alimentação	A comida é boa	1
	Identificação com o meio	Sinto que é um bom sítio para viver	1
		São asseados	1
		Tenho tudo o que preciso	1
		Não me falta nada	1
	Autonomia/privacidade	Estou à vontade	2
		Posso andar e ir à rua	1
	Resignação	A situação actual é um pouco melhor que a anterior	1
		Porque quis vir	1
		Nunca me trataram mal	3
		Não tinha outro lado	1
		Já me habituei aqui	1
		Não podia fazer nada em casa na minha condição	1
		Em casa não tinha ajuda	1
		Tenho que me sujeitar	1
		Ao princípio estranhei, mas agora estou satisfeita	1
		Há outras pessoas que precisam e nem isto têm	1
		Embora me custasse muito no início, já me habituei	1
		Tenho de estar em qualquer lado, estou aqui	1
		Não tenho outro remédio	1
	Ocupação	Ajudo a cuidar dos companheiros	1
	Relação Interpessoal	Estou acompanhado(a)	10
		Aqui nunca estou sozinha	1
		Não tenho família para cuidar de mim	1
		Gosto das pessoas e sou estimado	1
		Não tenho mais ninguém, só um filho que me visita de vez em quando	1
		Gosto das pessoas	3
		A família permanece presente e em contacto	1
		É uma boa família	1
		As minhas irmãs não podem tomar conta de mim	1
		Aqui vejo mais gente, em casa não via ninguém	1
		Gostam da gente	1
		Porque nos damos todas bem	1
		Directores são simpáticos	1
		Estou perto da família	1
		Em casa estava muitas horas sozinha, a minha filha estava em cuidados	1
	Não responde		2

As razões encontradas para a satisfação em residir num lar no presente estudo são coincidentes com o estudo de Malveiro (1997) onde a maioria das pessoas referiu gostar de viver no lar e estar satisfeito com aspectos como a alimentação, condições de alojamento e tratamento recebido, sendo que este facto não modificava, ou colmatava algumas faltas, já que os entrevistados referiam sentir-se sós e aborrecidos no lar.

Alguns inquiridos no estudo de Malveiro (1997), apesar de reconhecerem a solidão no seu quotidiano, procuraram noutros residentes recriar laços de parentesco para colmatar essa falta, o que coincide com respostas obtidas no presente estudo em registos como *é uma boa família, gosto das pessoas, porque nos damos todas bem*. Malveiro (1997) referiu ainda que as pessoas idosas residentes em lares apresentam uma clara indignação pela sua situação de internamento, mas existe no global um conformismo que conduz à aceitação, porque para além de não terem alternativa, “gostam” de continuar a viver, logo gostam de viver no lar. Estes aspectos pareceram concordantes com algumas respostas obtidas no presente estudo incluídas na categoria *resignação*.

Barros (2001) referiu a valorização das necessidades fisiológicas como a alimentação, cuidados de higiene, ambiente confortável, residência fixa e não ter preocupações, como os aspectos considerados na satisfação da vida no lar. O sentimento de segurança em existir sempre alguém por perto, não no sentido de fazer companhia mas pelo facto de alguém poder ajudar quando for necessário foi outro aspecto positivo considerado pelos entrevistados no estudo do mesmo autor, também encontrado no presente estudo na categoria dos *cuidados*. A possibilidade de ajudar nas tarefas do lar foi também referido por Barros (2001) como motivo de satisfação, embora esta possibilidade seja, segundo o autor, permitida a poucos. No presente estudo esse aspecto foi referido apenas por um participante. O mesmo autor mencionou ainda que a adaptação ao ambiente institucional é uma forma das pessoas idosas encontrarem algum bem-estar, embora essa adaptação se manifeste essencialmente por atitudes passivas e de resignação, também verificado no presente estudo.

3.2. Regresso a casa se possível

Relativamente à questão *se tivesse possibilidade voltaria a viver na sua casa* a maioria dos inquiridos (72,0%) afirmou que sim.

Não se encontraram diferenças significativas entre sexos ou grupos etários nesta resposta.

Verificou-se uma associação entre o nível de satisfação em residir num lar e a afirmação de regressar a casa se tivesse possibilidade ($p=0,000$). Essa associação é ilustrada pela Figura 5.

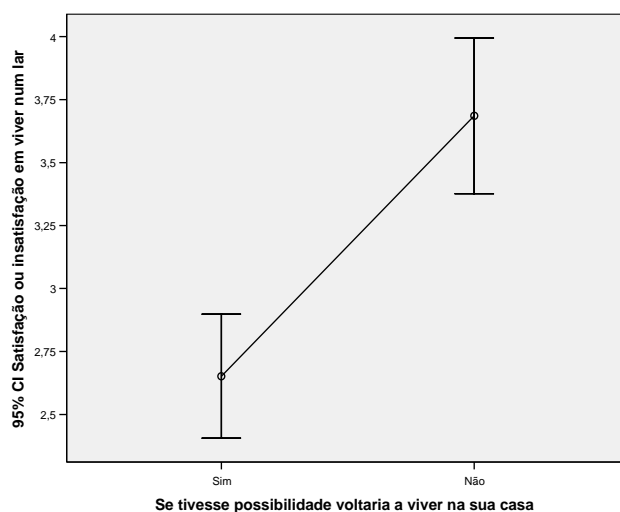


Figura 5: Associação entre satisfação em residir num lar e regresso a casa se possível

3.2.1 Porque voltava a viver em casa

As razões apontadas para a afirmação de voltar para casa se possível vieram reforçar o impacto negativo da institucionalização nas necessidades *ocupar-se para se sentir útil, recrear-se e comunicar com os semelhantes*, bem como nas dimensões de privacidade e preferência pessoal, anteriormente referido. Também Barros (2001) afirmou que a generalidade dos idosos preferia não estar no lar.

Pôde verificar-se que as principais razões apontadas para o regresso a casa se possível, se prendiam essencialmente com questões de autonomia e privacidade no sentido de *fazer coisas*, ou *sentir-se à vontade*, com questões de relação interpessoal relacionadas

com *família*, *amigos*, ou outro tipo de relações não discriminadas. Relativamente à identificação com o meio, os inquiridos referiram-se à sua antiga casa manifestando uma identificação com a mesma e mencionando expressões como “a minha casa”, “as minhas coisas”, “o meu canto”, que de uma forma indirecta traduz um sentimento de não identificação com o meio no lar (Tabela 31).

Tabela 31: Razão de voltar a viver na sua casa se tivesse possibilidade

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo	Enumeração
Autonomia/ Privacidade		Ia às compras	1
		Saía à rua	1
		Ia ao café	1
		Fazia as minhas coisas	5
		Tinha coisas para fazer	1
		Fazia o que me apetecia	1
		Fazia a minha comida	1
		Fazia outras coisas	1
		Dava conta das minhas coisas	1
		Fazia o que queria a que horas queria	1
		Deitava-me a que horas queria	1
		Comia o que gostava	1
		Estava à minha vontade	2
		Queria morrer em casa	1
		Estava mais à vontade	16
Relação Interpessoal	Família	Queria estar com a família	3
		Queria estar com a filha	2
		Tinha a família perto	3
		Era mais feliz com os meus filhos	1
		Tenho saudades da mulher	1
	Amigos	Tinha lá os amigos	2
	Pessoas não discriminadas	Queria estar com quem gostava	1
		Falava com as pessoas	1
		Conhecia as pessoas	2
		Tinha lá o meu convívio	1
Gostava mais das pessoas		1	
Identificação com o meio		Tinha lá as minhas coisas	4
		Não há nada como a nossa casa	2
		Gostava muito da minha casa	6
		Tinha tudo perto de casa	1
		É um ambiente diferente	1
		Era a minha casa	16
		Gostava mais de lá estar	7
		Tinha o meu conforto	1
		Estava lá melhor	6
		Hábito dos anos	2
		Tenho muitas saudades da minha casa	3
		Era o meu ninho	2
		Estava no meu cantinho	1
		Era a minha vida	2
Não responde			5
Média de enumerações por idoso 1,26 (n=85)			

3.2.2. *Porque não voltava a viver em casa*

Nos inquiridos que afirmaram não voltar para casa se tivessem possibilidade, quando questionados acerca do motivo obtiveram-se respostas um pouco díspares das apresentadas pelos indivíduos que afirmavam voltar. Efectivamente, os indivíduos responderam na sua maioria acerca do que não teriam em casa mais do que aquilo que efectivamente têm no lar. Assim, de todas as respostas apenas três foram manifestamente relacionadas com estar bem no lar, nomeadamente *sinto-me bem aqui, quero continuar aqui e tenho aqui amizades*. As restantes respostas vão no sentido de ser impossível voltar, pela ausência de suporte social, problemas de saúde ou mesmo o facto de já não ter casa própria (Tabela 32).

Tabela 32: Razão de não voltar a viver na sua casa se tivesse possibilidade

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo	Enumeração
Relação Interpessoal	Família	Não tinha família próximo de casa	1
		Não queria ir para casa do filho	1
		Não podia tratar da mulher	1
		As filhas têm a vida delas	1
		A filha ficava sempre preocupada	1
	Amigos	Tenho aqui amizades	1
	Vizinhos	Não gostava dos vizinhos	1
		Não tinha vizinhança para ajudar	1
	Ficar só	Tinha medo de morrer sozinha	1
		Tinha de viver sozinho(a)	2
		Não podia estar sozinho(a)	2
Habitação	Não tinha condições em casa	3	
	Já não tenho casa	9	
Saúde	Já não tenho saúde	5	
	Idade já não permite	3	
	Não podia fazer nada em casa	1	
	Aqui cuidam da minha saúde	1	
Identificação com o meio	Sinto-me bem no lar	1	
	Quero continuar aqui	1	
Resignação	Vi que era necessário estar no lar	1	
	Já não tenho possibilidade de voltar	3	
Não responde			1

Média de enumerações por idoso 1,2 (n=34)

3.2.3. Desejo de ingresso no lar

Mediante as opções fornecidas, a maioria dos indivíduos (65,6%) afirmou que quando veio para o lar *não queria mesmo vir mas não teve outra alternativa* (Figura 6). Quintela (2001) também referiu vários estudos em que a maioria das pessoas preferiam continuar a viver em suas casas do que entrar num lar, sendo este processo apenas considerado quando parece não existir outra alternativa. Malveiro (1997) afirmou que os lares são considerados pelos idosos como a única alternativa para viverem com dignidade o final do seu ciclo de vida, apesar de considerarem que estes se limitam a cumprir cabalmente as suas funções de oferta de cuidados básicos, não tendo possibilidade de oferecer outros serviços, nem constituir um pólo afectivo para os mais necessitados.

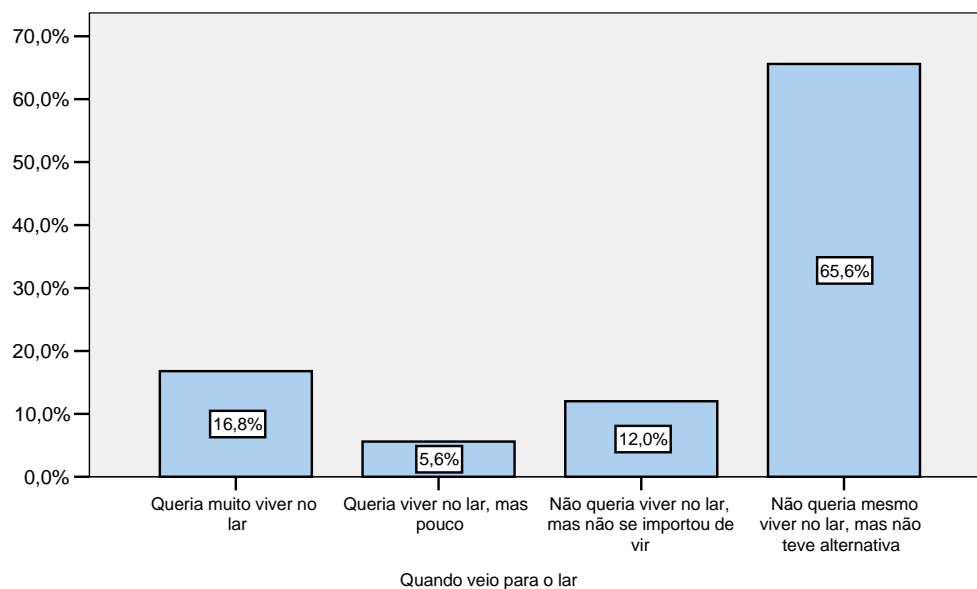


Figura 6: Percentagem de indivíduos distribuídos pelo desejo de ingresso no lar

Embora os testes de Qui-quadrado sugiram que não existe associação estatisticamente significativa entre a vontade de ir viver para o lar e o local onde se considera ser mais feliz e outros coeficientes mostrem uma fraca associação, a figura 7 ilustra a predominância de considerar ser mais feliz em casa quando os inquiridos não queriam mesmo viver no lar mas não tinham outra alternativa.

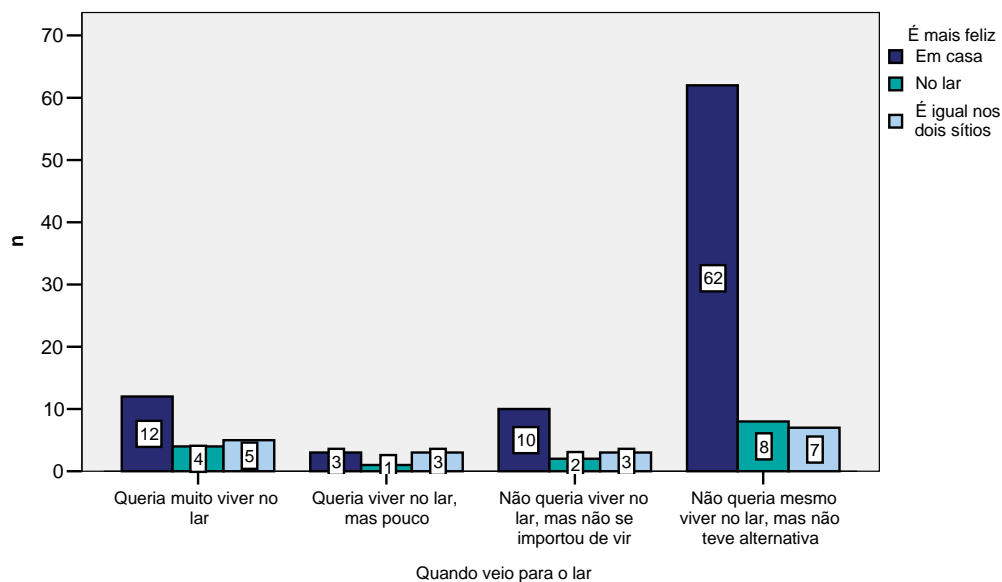


Figura 7: Número de indivíduos distribuídos pelo desejo de ingresso no lar e local onde consideravam ser mais felizes

3.2.4. Decisão de ingresso no lar

Embora seja considerado que a decisão de ida para um lar de idosos deva ser do próprio sendo “... *inaceitável, ilegítimo e ilegal que a decisão seja tomada sob pressão, ameaça ou coacção*” e as situações em que podem ser outros a decidir pela pessoa idosa só possam ser legitimadas com a intervenção de um tutor ou curador, quando o próprio não tem capacidade de decisão (incapacidade reconhecida em processo judicial) (CID, 2005b), no presente estudo 69,6% dos inquiridos afirmaram que haviam sido outros a tomar a decisão da sua vinda para o lar (Figura 8).

Não foram encontradas diferenças significativas de resposta entre sexos ou grupos etários.

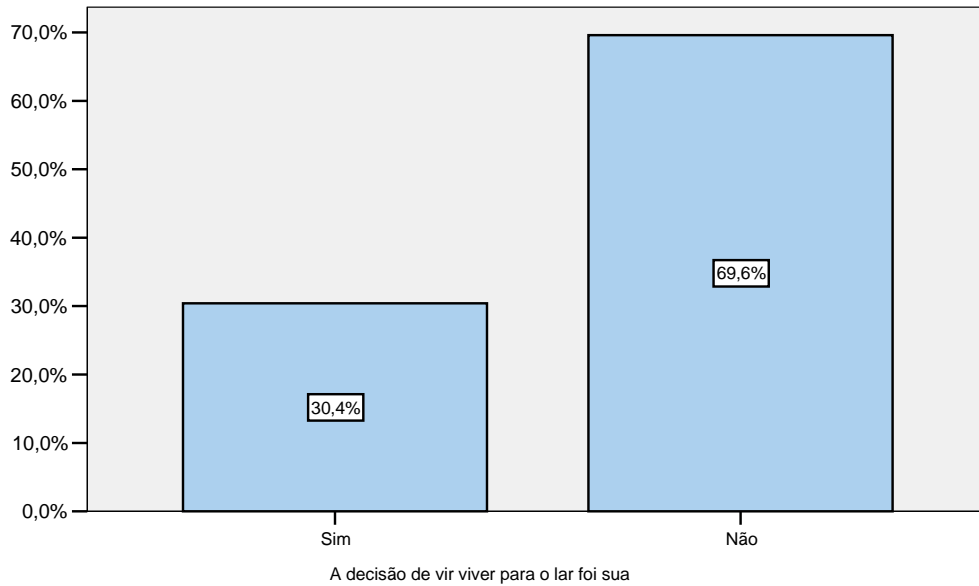


Figura 8: Percentagem de indivíduos distribuídos pela decisão de ingresso no lar

A figura 9 mostra que o nível de satisfação em viver num lar foi superior nos indivíduos que decidiram eles próprios a sua vinda para o lar. Apesar disso, os testes do Qui-quadrado mostram que a decisão de vir viver para o lar ser ou não do próprio não influencia o nível de satisfação ($p= 0,759$). O intervalo de confiança a 95% [0.233,-0.189], passa pelo ponto “0”, o que indicia que as médias dos que decidiram e dos não tiveram voz na decisão, não são estatisticamente diferentes, ou seja não se rejeita a hipótese das médias serem iguais, o que confirma o teste do qui-quadrado.

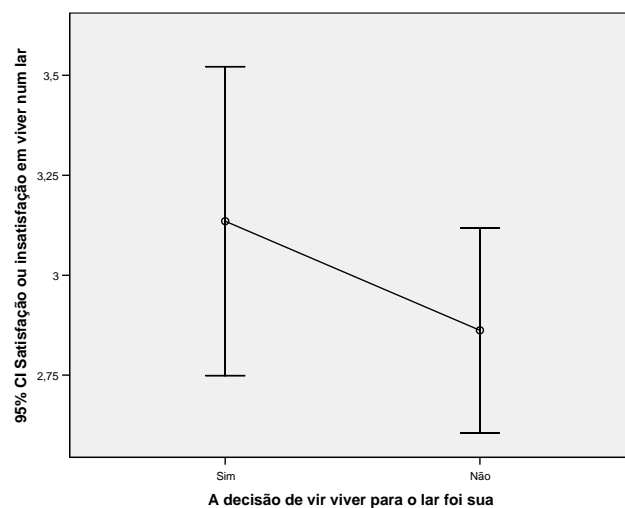


Figura 9: Associação entre satisfação em residir num lar e decisão de ida para o lar

Embora o teste do Qui-Quadrado não detecte associação estatisticamente significativa entre a decisão de viver no lar ser ou não do próprio e o desejo de voltar a casa se fosse possível, pois os níveis de significância são maiores que 0,05 ($p=0,109$) a probabilidade de querer voltar a casa (se tivesse possibilidade) é maior quando o indivíduo veio para o lar por decisão de outrem, como é possível ilustrar na figura 10:

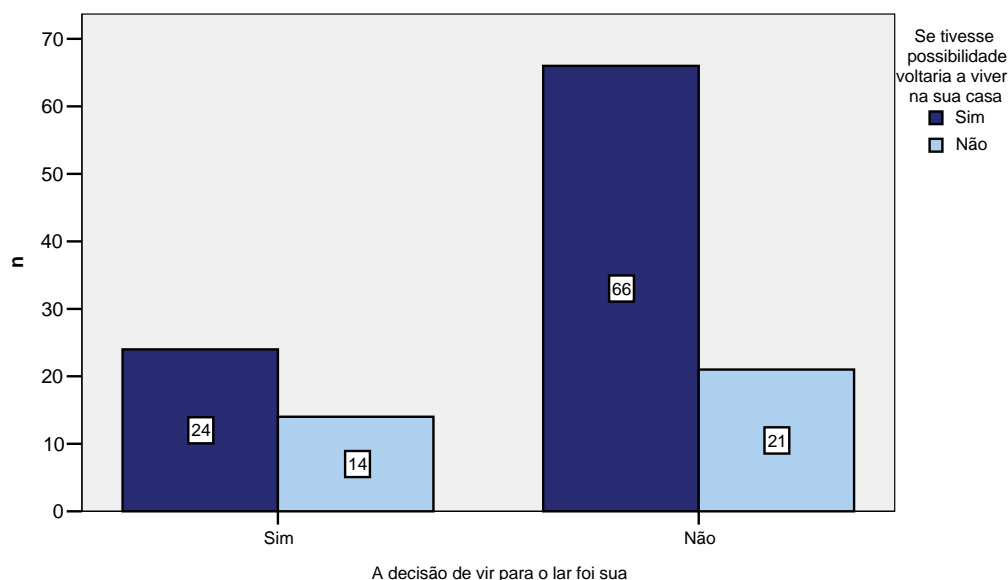


Figura 10: Número de indivíduos distribuídos pela decisão de ida para o lar e regresso a casa se possível

Embora os testes de Qui-quadrado sugiram que não existe associação entre a decisão de vir viver para o lar ser do próprio e o local onde se considera ser mais feliz, e outros coeficientes mostrem uma fraca associação, a figura 11 ilustra a predominância de ser mais feliz em casa, quando os inquiridos não tomaram a decisão de viver no lar:

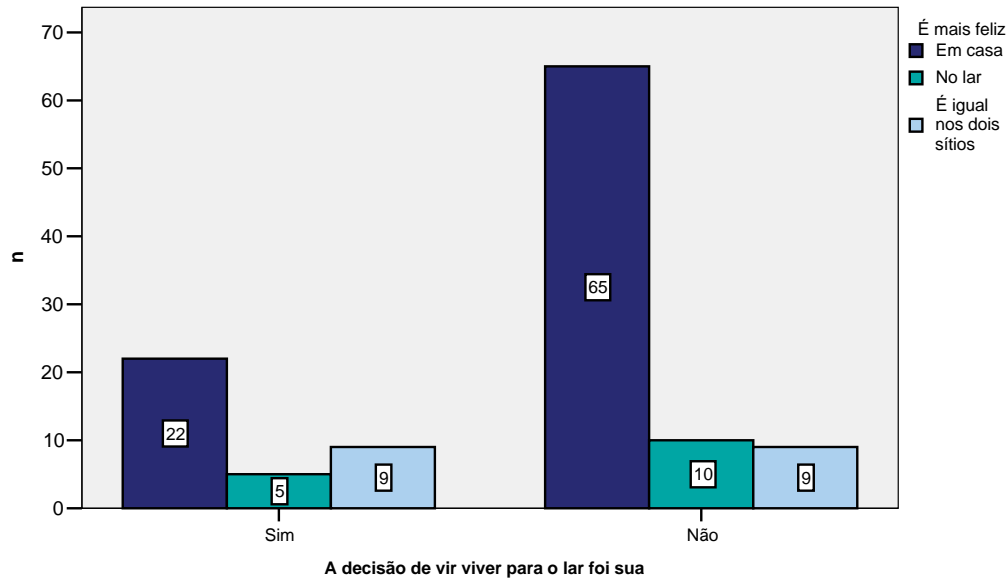


Figura 11: Número de indivíduos distribuídos pela decisão de ida para o lar e local onde consideravam ser mais felizes

3.2.4.1. Quem decidiu o ingresso no lar

Relativamente aos inquiridos que afirmaram que outros tinham decidido a sua vinda para o lar, quando questionados acerca de quem tinha tomado essa decisão, a maioria (67,8%) respondeu que havia(m) sido o(s) filho(s). Outros familiares que não os filhos ou nora/genro foram a segunda resposta mais dada com 19,5% (dentro desta categoria encontram-se netos, sobrinhos, irmãos e cunhados) (Figura 12).

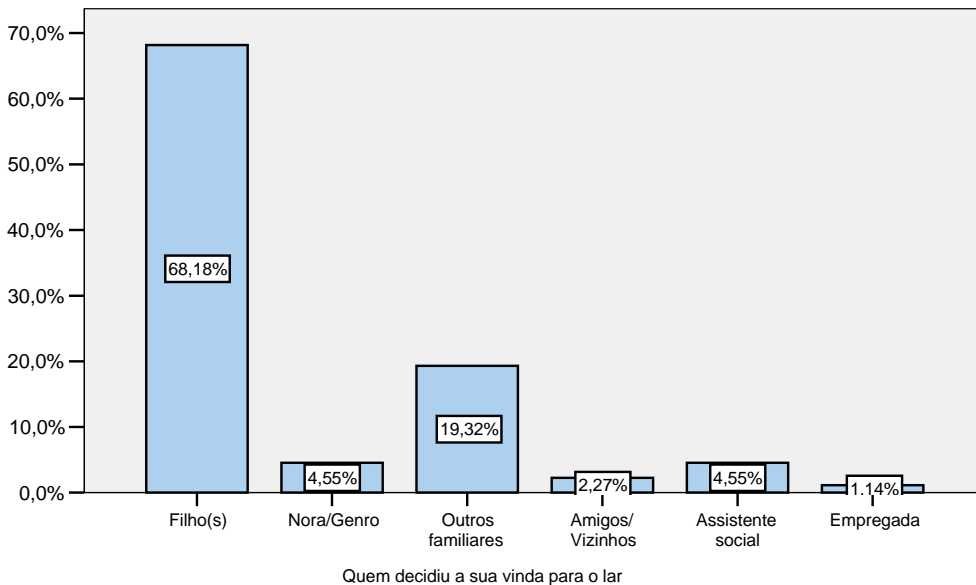


Figura 12: Percentagem de indivíduos distribuídos por quem consideravam ter decidido a sua ida para o lar

3.2.5. Obrigação por outros de ingresso no lar

Nesta questão 40,0% dos inquiridos afirmaram ter-se sentido obrigados por outros a residir no lar (Figura 13). Não foram encontradas diferenças significativas entre sexos ou grupos etários na resposta a esta questão.

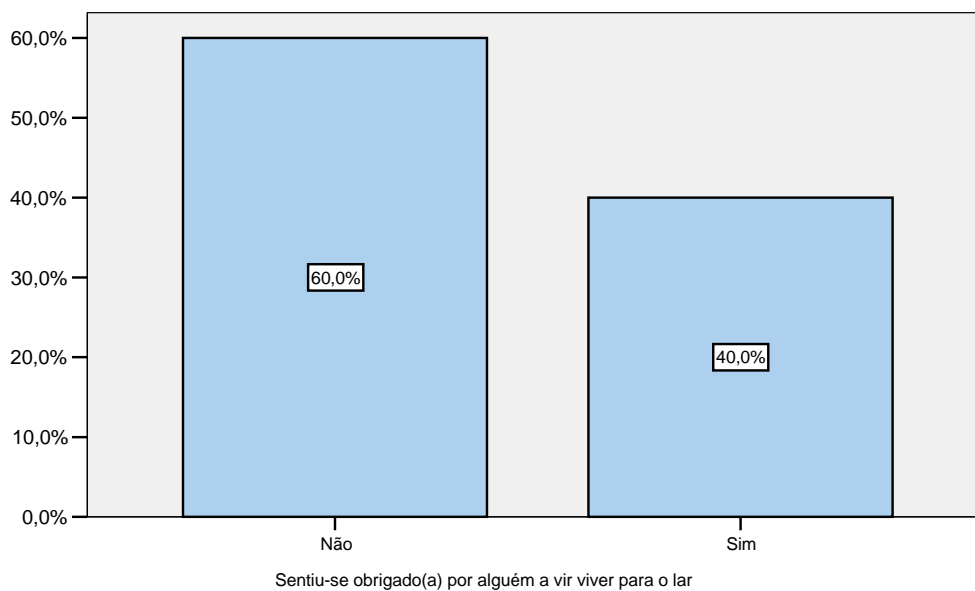


Figura 13: Percentagem de indivíduos distribuídos por considerarem ter sido, ou não, obrigados por outros a residir no lar

Verificou-se uma associação entre o nível de satisfação em residir num lar e o sujeito ter sido ou não obrigado a residir no lar ($p=0,014$) (Figura 14).

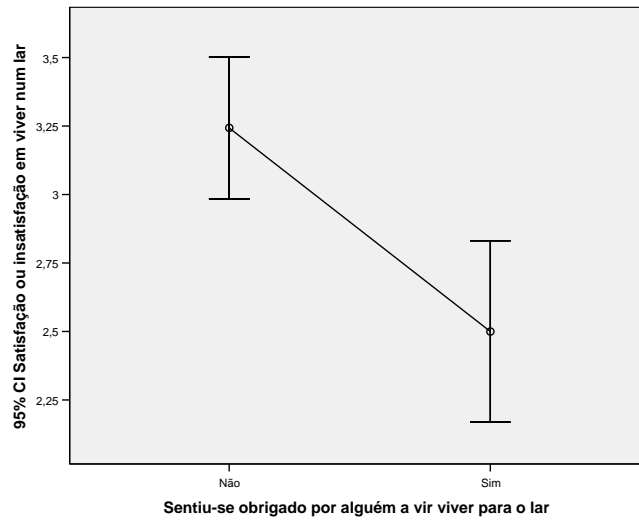


Figura 14: Associação entre satisfação em viver num lar e sentir-se obrigado(a) por outros a residir no lar

3.2.5.1. Quem obrigou o ingresso no lar

Relativamente à questão *por quem se sentiu obrigado(a) a vir viver para o lar*, as respostas foram semelhantes às dadas acerca de quem tinha decidido a vinda para o lar (Figura 15).

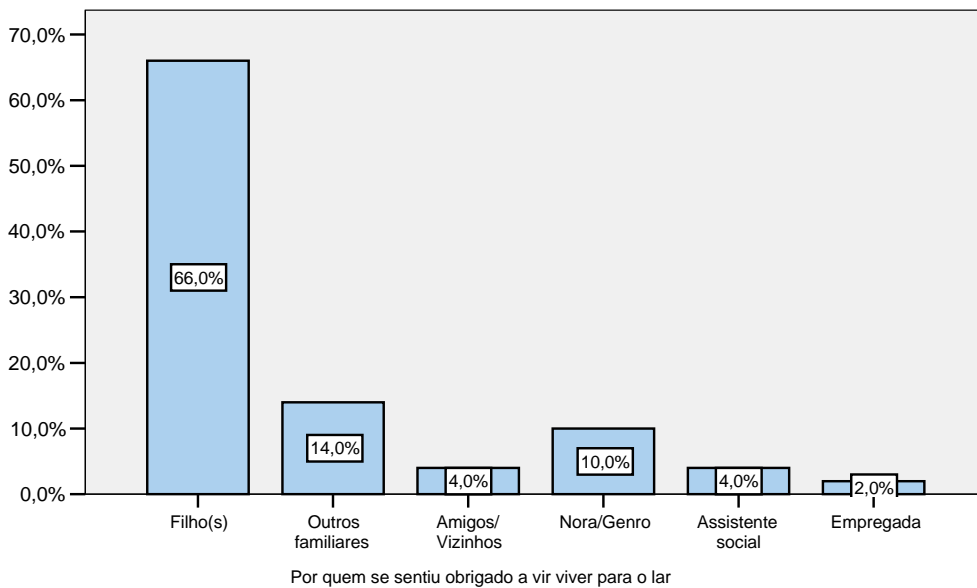


Figura 15: Percentagem de indivíduos distribuídos por quem consideravam ter sido obrigados a residir no lar

3.2.6. Avaliação do lar

Quando solicitados a avaliar a instituição onde residiam, a resposta mais dada pelos inquiridos foi *Bom* com 60,8% de respostas. Os residentes que avaliaram o lar onde residiam de *Bom* ou *Muito bom* perfizeram um total de 72,8%. Os residentes que consideravam o lar onde residiam *Mau* ou *Muito mau* integraram apenas 5,6% do total de inquiridos. Dos restantes, 18,4% consideraram o lar onde residiam *Razoável* e 3,2% dos indivíduos não responderam a esta questão (Figura 16).

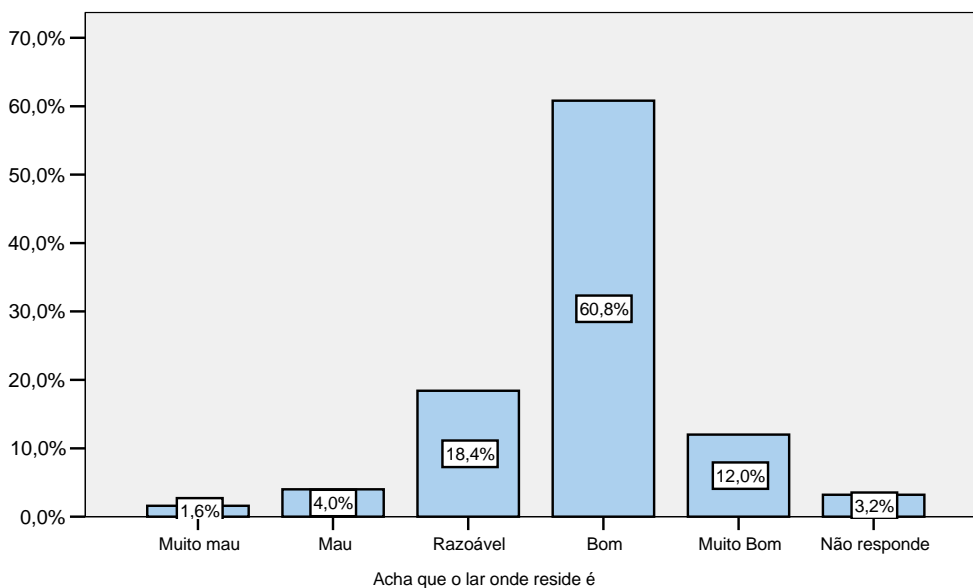


Figura 16: Percentagem de indivíduos distribuídos pela avaliação do lar onde residiam

Verificou-se uma associação positiva entre a avaliação feita do lar e o grau de satisfação em residir num lar. O teste tau de Kendall's mostrou existir associação positiva e os coeficientes apesar de não serem muito elevados (0.353 e 0.276) são estatisticamente diferentes de zero (Approx. Sig. 0.000).

3.2.7. O que gosta mais no lar

As respostas a esta questão foram agrupadas em três grandes categorias: serviços prestados pelo lar, onde se destacaram as unidades de registo ser *bem tratada* e a *alimentação*, a identificação com o meio onde oito inquiridos referiram a *limpeza/asseio* como o aspecto que mais gostavam no lar, e a relação interpessoal em que a unidade de registo mais referida foi relativa aos *funcionários do lar*. Ainda a referir nesta questão é

ao facto de duas respostas antagónicas e extremistas se encontrarem entre as mais referidas, nomeadamente afirmar que *gosta de tudo* (respondido por 17 inquiridos) ou que *não gosta de nada* (resposta dada por 18 inquiridos) (Tabela 33).

Tabela 33: O que gosta mais no lar

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo	Enumeração
Serviços prestados pelo Lar	Cuidados	Cuidados aos utentes	2
		Banho	2
		Ser bem tratada	10
		Boa assistência	1
	Alimentação	Comida	11
	Ocupação	Trabalho de animação	3
		Andar	1
		Ajudar os outros	1
		Ver televisão	3
		Fazer tapeçaria	1
		Jogar às cartas e dominó	1
		Ir até ao jardim	1
	Repouso	Descansar	1
		Não fazer nada	1
	Autonomia/ Privacidade	Estar à vontade	2
		Estar sossegada sem preocupações	1
Identificação com o meio		Limpeza/Asseio	8
		Do sítio	1
		Ambiente	1
		Harmonia	1
Relação Interpessoal	Funcionários	Pessoal/Empregadas	20
	Outros residentes	Companheira de quarto	1
	Pessoas não discriminadas	Amigos	1
		Convívio	4
		Ter companhia	6
		Das pessoas	8
		Falar com as pessoas	3
		Feitio de algumas pessoas	1
	Filhos	Visitas dos filhos	1
Não gosta de nada			18
Gosta de tudo			17
Não sabe			2
Não responde			2

A unidade de registo mais referida nesta questão, relativa aos *funcionários/ pessoal do lar*, não foi coincidente com os dados obtidos por Barros (2001), que se referiu à relação dos idosos com os funcionários dos lares como superficial assistindo-se a uma

“convivência pacífica”. Os aspectos mais positivos da relação entre os idosos e os funcionários, segundo o mesmo autor, estavam relacionados com a colaboração informal dos idosos nos serviços dos funcionários (aspecto reservado apenas a alguns idosos mais independentes), ou a gratificações monetárias por parte dos idosos em troca de melhor atenção. O mesmo autor referiu ainda uma atitude de subserviência, passividade e acomodação dos idosos face aos funcionários devido a receio de dependência e necessidade de ajuda por parte destes, embora os idosos tenham reforçado a ideia de que os funcionários induziam comportamentos de dependência e passividade.

Malveiro (1997) referiu que os idosos residentes em lares apresentavam formas de investimento distintas e geriam a sua vida no lar de forma diferente, sendo que uns valorizavam as suas necessidades básicas, outros as relações de convivência e outros ainda as actividades do lar. Assim segundo o mesmo autor, os entrevistados que orientavam a sua vida quotidiana no lar tendo em conta a satisfação de necessidades básicas referiam o comer e beber, descansar e dormir como o essencial no dia a dia do lar. Alguns entrevistados revelavam um fechamento em si afirmando não fazer nada, apenas vivem no lar e pronto. Idosos essencialmente do sexo feminino referiram como prioridade no seu quotidiano no lar a entreaajuda, nomeadamente ajudar a cuidar de outros residentes e fazer trabalhos domésticos no lar. Investimento na área da mobilidade, contacto com o exterior e convívio foi mais referido pelos entrevistados do sexo masculino, nomeadamente ir até ao café, conversar e conviver.

3.2.8. O que gosta menos no lar

As respostas a esta questão foram igualmente categorizadas nas três categorias referidas na questão anterior (Tabela 34).

Tabela 34: O que gosta menos no lar

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo	Enumeração
Serviços prestados pelo lar	Cuidados	Pouca vigilância do pessoal	1
		Tratarem mal as pessoas	2
		Esperar muito tempo por cuidados	2
		Quando chamo não vêm logo	1
	Ocupação	Trabalho de animação	4
	Alimentação	Comida	14
	Autonomia/Privacidade	Não poder sair à rua	3
		Ser contrariada	2
		Horários impostos	2
		Não poder ver os canais que gosto	1
		Estar muito condicionada	1
		Não ser senhora das minhas coisas	1
		Ser prisioneiro	1
		Estar fechada	1
		Isolamento	1
		Não estar à vontade	1
Identificação com o meio		Não ser a minha casa	3
		Não ter jardim	1
		Não ser um lar mais familiar	1
		Barulho	7
Relação Interpessoal	Funcionários do lar	Pessoal	1
		Pessoal sem tempo para dar carinho	1
	Outros Residentes	Companheira de quarto	3
		Outros residentes muito doentes	3
		Estar à mesa com muita gente	1
		Ter muitas pessoas que não estão capazes	2
		Outros residentes	7
		Outros residentes (intrigas/má educação)	5
		Uma companheira	1
		Dormir acompanhada	1
	Pessoas não discriminadas	Feitio de algumas pessoas	1
		Algumas pessoas	1
		Convívio	1
	Amigos	Não ter as minhas amigas perto	1
Não há nada que não goste			21
Não gosta de nada			10
Não sabe			4
Não responde			12

Dentro da categoria dos serviços prestados pelo lar, a *alimentação* que tinha sido a resposta mais dada na questão o que gosta mais no lar aparece também como mais frequente no que respeita ao que se gosta menos. Ainda nesta categoria as questões relacionadas com a falta de autonomia e/ou privacidade têm alguma relevância, apesar de na questão anterior este aspecto ter sido pouco mencionado. No que respeita à categoria da relação interpessoal a unidade de registo *outros residentes* foi a mais referida. Ainda a realçar o facto de 21 inquiridos ter afirmado que não havia no lar *nada*

que não gostassem, dez terem afirmado que *não gostavam de nada* e 12 não quiseram responder a esta questão.

Relativamente à unidade de registo *outros residentes*, Barros (2001) referiu que a relação entre idosos residentes é variável, podendo passar apenas por uma relação de cortesia, relacionada com a necessidade de convivência e tolerância, mais do que partilha de interesses comuns e poucos afirmam estabelecer amizades dentro do lar. O tipo de relação mais marcante entre os residentes passa, segundo o mesmo autor, por conflito e auto-exclusão sendo este tipo de relação justificado por diferenças de estatuto percebido, o espaço ocupado por cada um ou comportamentos adoptados. A partilha de quarto é muitas vezes um motivo de conflito, devido a perturbação causada pelos companheiros de quarto. Bitzen e Kruzich (1990) cit in Paúl (1997) afirmaram que as relações que se estabeleciam entre os idosos com os companheiros de quarto eram habitualmente superficiais e de indiferença, sendo que apenas 16,0% de idosos que consideravam ter alguém chegado no lar, nomearam o companheiro de quarto e quase todos eram do sexo masculino. As diferentes histórias de vida e forma de estar na mesma, os diferentes interesses e afinidades, bem como a opção de viver junto com outros não ter sido escolha própria, são algumas razões que tornam difícil aos residentes viverem juntos (CID, 2005b). Efectivamente, o facto dos idosos poderem ter semelhanças na questão da idade, condição física e ambiente, estas são insuficientes para criar coesão social e identificação dos residentes enquanto grupo, encontrando-se baixos níveis de satisfação no que respeita à relação com outros residentes (Barkay e Tabak, 2001).

Na categoria da identificação com o meio, o *barulho* foi o aspecto mais mencionado, tendo sido também referido pela Secretaria de Estado e da Segurança Social (1991).

3.2.9. Satisfação de vida

Nesta questão a resposta dominante foi *Satisfeito* com 47,2%. As pessoas que afirmaram estar *Satisfeitas ou Muito satisfeitas* com a sua vida no geral perfizeram um total de 48,8%. Os inquiridos que referiram estar *Insatisfeitos ou Muito insatisfeitos* com a sua vida constituíram 41,6% do total de inquiridos. A opção *nem satisfeito, nem insatisfeito* foi mencionada por 9,6% dos indivíduos (Figura 17).

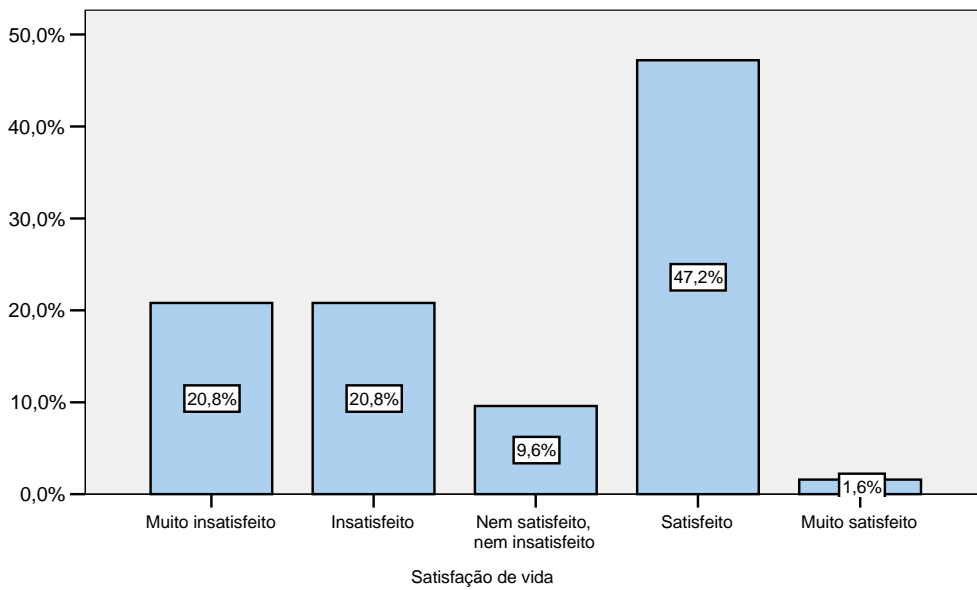


Figura 17: Percentagem de indivíduos distribuídos por grau de satisfação de vida

Os resultados obtidos no presente estudo foram contrários aos verificados por Hortelão (2003) em que a maioria dos inquiridos afirmou estar insatisfeito (Tabela 35).

Tabela 35: Grau de satisfação de vida em idosos institucionalizados

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Hortelão (2003) n=50	16,0%	52,0%	20,0%	12,0%	0,0%
Presente estudo (2007) n=125	20,8%	20,8%	9,6%	47,2%	1,6%

Verificou-se uma associação positiva e significativa entre satisfação de vida e tempo de residência no lar (o nível de satisfação de vida foi maior nas pessoas que residiam no lar há mais de um ano comparativamente aqueles que residiam no lar há um ano ou menos) ($p=0,009$). Essa associação é ilustrada na Figura 18.

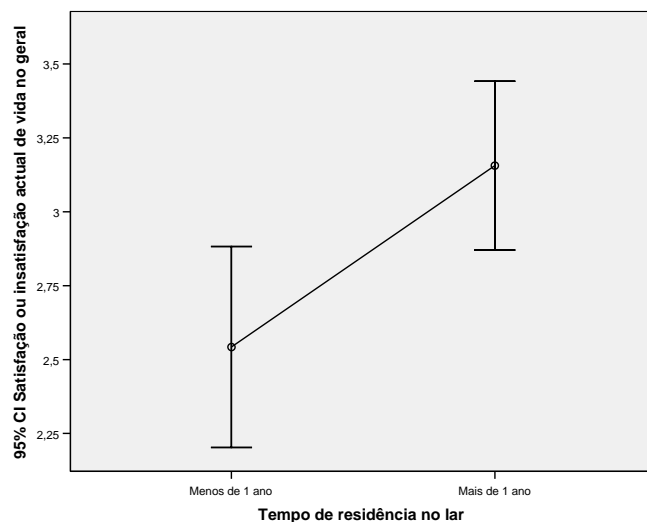


Figura 18: Associação entre a satisfação de vida e tempo de residência no lar

Verificou-se ainda uma associação positiva entre a satisfação em residir num lar e a satisfação de vida no geral com significância muito baixa demonstrada pelo tau de Kendall ($p=0,000$).

3.2.10. O que tornaria a sua vida melhor

Relativamente a esta questão, as categorias *sair do lar* e *ter mais saúde* foram as que tiveram maior número de enumerações, sendo que as asserções *voltar para casa* e *ter mais saúde* predominaram relativamente às restantes. Na categoria da *relação interpessoal*, a maioria das respostas apontaram para um maior suporte social poder melhorar a sua vida, sendo que inclusivamente seis inquiridos referiram que ter o seu cônjuge vivo tornaria a sua vida melhor (Tabela 36).

Tabela 36: O que tornaria a sua vida melhor

Categoria	Unidade de registo	Enumeração
Sair do lar	Voltar para casa	39
	Ir para casa e para o centro de dia, em vez de lar	1
	Estar em casa acompanhada	2
	Ir para um lar melhor	1
	Ir viver com a família	1
	Viver em liberdade	1
	Sair à rua	1
Ter Saúde	Melhorar	2
	Ter mais saúde	35
	Poder andar melhor	7
	Ter saúde até morrer	1
	Viver mais anos e saudável	1
	Não ter doenças	1
	Viver mais anos	1
Voltar atrás no tempo	Ser mais jovem	3
	Voltar atrás no tempo	1
	Voltar a ter a sua vida do passado	1
Morrer	Morrer	3
	Morrer e ser cremada	1
	Que Deus se lembrasse de mim	1
Relação Interpessoal	Ter o cônjuge vivo	6
	Estar perto da família	3
	Poder abrir-me mais e falar dos meus problemas	1
	Casar	1
	Ter mais visitas	3
	Ver a família feliz	1
	Ser mais acompanhada pela família	1
	Ter família	1
	Poder ajudar os outros a sofrer menos	1
	Ter netos e bisnetos presentes	1
	Ver o filho	2
	Ver o neto empregado	1
	Estar com a filha	1
Ter mais dinheiro	Ter mais dinheiro	3
	Ter dinheiro para um quarto individual no lar	1
	Reforma é pequena, gostava de ganhar mais	1
	Sair a sorte grande	1
Nada		8
Não sabe/não pensa nisso		5

A resposta *voltar para casa* (uma das mais referidas no presente estudo) foi também verificada por Hortelão (2003) que ao inquirir idosos institucionalizados em lares acerca do que gostariam que fosse feito para as coisas melhorarem, 92,0% (n=50) afirmaram voltar a viver nas suas casas.

Cinco inquiridos no presente estudo referiram a morte como aquilo que melhoraria as suas vidas, à semelhança de Barros (2001) que também encontrou no seu estudo idosos que manifestavam o desejo de morte.

As respostas que se enquadraram na categoria de relação interpessoal no presente estudo foram coincidentes com as de Barros (2001) que defendeu que muitas perdas que acontecem com a entrada no lar são relacionais, afectivas, de convivência e alguém que perceba os seus problemas e dificuldades, sendo a viuvez uma perda significativa referida pelos idosos. Também Malveiro (1997) afirmou que as relações criadas no lar parecem não suprir a falta de apoio familiar sendo que os idosos quando questionados “*o que lhe falta?*” referiram saudades dos familiares e a falta causada pela morte do cônjuge.

DISCUSSÃO METODOLÓGICA

As avaliações feitas em lares centram-se tradicionalmente em aspectos como a estrutura e os processos standardizados, o que faz com que a apreciação da qualidade dos cuidados através da opinião dos residentes e familiares seja descurada (Dyck, 2005). Tentando contrariar essa tendência, optou-se por um estudo baseado na perspectiva dos usuários dos lares para idosos, permitindo de uma forma indirecta conhecer o tipo de resposta oferecida por este tipo de equipamentos.

O presente trabalho consistiu essencialmente em conhecer o impacte da institucionalização em lares de idosos na satisfação de necessidades humanas fundamentais e perceber alguns aspectos relacionados com o processo de institucionalização. Realizou-se um estudo transversal essencialmente descritivo que Parse *et al.* (1985) caracterizaram como sendo uma investigação acerca do significado de um acontecimento de vida num grupo de indivíduos que vivenciaram o mesmo acontecimento. Os estudos descritivos são aqueles em que os conceitos a estudar são melhor conhecidos que os estudos exploratórios, mas que o nível de investigação ainda é limitado, sendo necessário adquirir mais informações sobre as características de uma população ou sobre os fenómenos ainda pouco estudados. Apesar da componente descritiva ter sido privilegiada neste estudo, não se declinou a análise de possíveis relações entre variáveis podendo ser considerado um estudo descritivo-correlacional (Fortin, 1999).

1. Selecção da amostra

É na Região de Lisboa e Vale do Tejo que reside cerca de 48,0% da população idosa portuguesa. No distrito de Setúbal é assegurada uma cobertura de valências para os idosos (65 ou mais anos) de 16,5%, acima da cobertura nacional estimada em 11,4%. Relativamente a respostas de alojamento colectivo para idosos existem no distrito de Setúbal 89 lares para idosos (34 não lucrativos e 55 lucrativos) sendo o terceiro distrito com mais lares para idosos (a seguir a Lisboa com 291 e Porto com 90) (Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 2000). Tendo em conta estes dados, considerou-se pertinente a realização do presente estudo na região do Vale do Tejo, constituindo-se uma amostra de conveniência para o efeito. Foram considerados para o estudo todos os lares inscritos na ALI, com alvará e pertencentes à região do Vale do Tejo. O critério dos lares seleccionados terem alvará prendeu-se com o facto de se ter pretendido realizar o estudo num contexto que tivesse sido considerado apto a prestar os seus serviços pela adequação de instalações, equipamentos e pessoal técnico e auxiliar.

Consideraram-se para o estudo indivíduos com 65 ou mais anos por ser este o limite de idade mais comum em estudos e tratamento de dados estatísticos referentes a pessoas idosas, nomeadamente pelo INE.

Optou-se por estabelecer como critério de exclusão residir no lar há menos de um mês, uma vez que os inquiridos poderiam não ser capazes de se pronunciar acerca das várias dimensões estudadas na investigação, e não terem um período mínimo de integração que lhes permitisse fazer uma avaliação acerca do processo de institucionalização.

2. Elaboração e aplicação do questionário

Na revisão da literatura realizada acerca da problemática estudada não foi encontrado nenhum instrumento de colheita de dados que respondesse especificamente às questões de partida que conduziram este estudo. Assim, tendo em conta os objectivos do trabalho, optou-se por construir um questionário para o efeito, reunindo um conjunto de

questões utilizadas em outros estudos e elaborando um grupo de questões relativas à satisfação de necessidades humanas fundamentais.

A escolha da aplicação de um questionário no presente estudo relacionou-se com o facto de este tornar possível a obtenção de informação sobre uma variedade de elementos que não seriam possíveis através da observação directa, não só porque alguns se reportavam ao passado, mas também porque certos comportamentos investigados implicavam intimidade e se interrogavam opiniões que raramente se expressam espontaneamente e se compreendem apenas de uma forma prática pela linguagem (Ghiglione e Matalon, 2001).

A construção do questionário revelou-se uma fase fundamental do estudo, representando o que Albarello *et al.* (1997) descreveram como uma cristalização de uma reflexão prévia marcada pela delimitação do campo, construção de um enquadramento teórico e estabelecimento de objectivos.

Um bom questionário é aquele que é bem compreendido pelo seu destinatário, mais do que aquele que é bem escrito. Assim, a realização do pré-teste ajuda o investigador a verificar a adequada compreensão das frases ou palavras, a fundamentação de algumas questões e as reacções por vezes inesperadas dos inquiridos (Albarello *et al.*, 1997). No presente estudo, o pré-teste teve importância na aferição do questionário elaborado permitindo adequar alguns termos não considerados inicialmente nas questões (para evitar a necessidade de reformular a questão durante a aplicação do questionário) e eliminar algumas perguntas que foram consideradas pelos inquiridos como semelhantes ou aquelas que desencadearam mau estar e desconforto por parte dos sujeitos durante o pré-teste.

Ainda que algumas questões eliminadas após o pré-teste fossem consideradas pertinentes (como o caso de estabelecimento de relações íntimas no lar), a confiança que era estabelecida entre o investigador e os inquiridos durante a curta duração de interacção poderia ser posta em causa e condicionar ou comprometer a disponibilidade dos participantes para as restantes respostas, pelo que se optou pela sua eliminação.

Para além do pré-teste, sentiu-se necessidade de analisar a fiabilidade das questões relacionadas com a satisfação das necessidades humanas fundamentais, uma vez que foram questões especificamente elaboradas para este estudo. As questões em causa não puderam ser analisadas relativamente à consistência interna uma vez que as variáveis que mediam as características não eram variáveis de escala, intervalares. Assim, de forma a analisar a sua fiabilidade utilizou-se o *optimal scoring* do programa informático SPSS, procedendo-se à quantificação das 75 variáveis, atribuindo-se pontuações às variáveis de acordo com a sua importância no plano factorial das correspondências múltiplas (ressalve-se que aqui o objectivo era a quantificação). Então procedeu-se a “reliability analysis”, do qual se obteve o resultado de Cronbach’s Alpha = 0,943, mostrando boa fiabilidade.

Um aspecto a referir relativamente ao questionário, foi o grande número de variáveis definidas, que de certa forma impediu uma análise com grande profundidade. Apesar disso, considerou-se que com este estudo surgiram pistas que permitem um estudo mais aprofundado e dirigido a algumas áreas, nomeadamente ao estudo dos factores que condicionam a satisfação de necessidades situadas no plano social e estratégias que visem eliminar/reduzir esses mesmos factores.

Certas questões abordadas no questionário eram delicadas, pelo que alguns inquiridos ficavam “abalados” com o questionário. Sempre que isso acontecia o investigador colocava os residentes à vontade para interromper o questionário temporária ou definitivamente se assim desejassem. Nos casos em que esta situação aconteceu, os idosos não quiseram interromper o questionário, referindo que apesar de ser difícil abordar alguns assuntos, aquele momento lhes permitia expressar sentimentos e abordar questões que habitualmente não surgiam no dia a dia de forma espontânea.

O presente estudo baseou-se na memória dos inquiridos, o que pode eventualmente ter constituído um viés nos resultados. Ainda assim, aceitou-se esse risco no âmbito do estudo, já que acima de tudo se pretendeu obter a percepção de impacto da institucionalização da perspectiva dos seus utilizadores. Se as opções escolhidas foram situacionais e poderiam ter sido diferentes algumas semanas depois ficará como interrogação para um trabalho futuro se assim for considerado pertinente.

Este estudo não abrangeu os porquês das opções escolhidas em cada resposta relacionada com a satisfação das necessidades humanas. Tendo em conta os discursos dos inquiridos, que na sua maioria quiseram espontaneamente justificar a razão da sua escolha em cada pergunta e enquadrá-la na sua situação pessoal, essa análise seria certamente interessante e extremamente rica. A aplicação do questionário de forma gravada poderia permitir uma análise marginal posterior não incluída neste estudo, embora a presença do gravador pudesse de alguma forma condicionar a espontaneidade das respostas.

Em outros estudos realizados com idosos institucionalizados em lares foi referido que existe uma inibição em fornecer algumas respostas aquando a aproximação de funcionários do lar (Barros, 2001; Pimentel, 2001). Para contornar essa situação, no presente estudo o questionário foi aplicado em locais que minimizassem a presença de funcionários do lar e assegurou-se a confidencialidade das respostas informando os indivíduos que o estudo não iria identificar individualmente os participantes nem a instituição em causa.

O receio de dependência e a necessidade de ajuda dos funcionários torna frágil a posição dos idosos institucionalizados (Barros, 2001). Assim, é possível que algumas questões que abordam de forma directa a instituição sejam influenciadas por essa fragilidade dos participantes enquanto residentes no lar. De forma a minimizar respostas politicamente correctas ou mesmo não respostas, optou-se por não colocar a instituição directamente em causa em algumas perguntas. Assim, no que respeita à institucionalização foi questionado o grau de satisfação em residir *num lar* e não o grau de satisfação em residir naquela instituição em particular. Foi ainda considerado menos perturbador questionar *o que gosta menos no lar* do que *o que mais detesta* em oposição à questão *o que mais gosta no lar*. Ainda assim, as respostas dadas pelos sujeitos podem ter sido reguladas pelo medo de represálias por parte dos profissionais do lar, observando-se o exemplo de 12 não respostas à questão *o que gosta menos no lar*.

Teria sido interessante incluir a zona de residência anterior ao lar e perceber a distância entre os dois locais. Este aspecto poderia ajudar a perceber se as necessidades que implicam a saída da instituição ou a manutenção das relações anteriores foram influenciadas de forma significativa por esse aspecto, já que o afastamento geográfico

tem sido apontado como obstáculo à manutenção de relações entre os residentes e pessoas exteriores ao lar (Barros, 2001; Quintela, 2001). Este aspecto levaria no entanto a um estudo aprofundado da distância das diferentes regiões de residência anteriores e os lares em questão que se encontram mesmo entre eles dispersos numa extensa área geográfica, entre outros aspectos que não se enquadravam no âmbito deste estudo como a existência ou não de transportes públicos, acessos rodoviários ou pedestres, etc.

Verificou-se que o tempo de aplicação do questionário foi razoável variando entre os 25 e os 50 minutos. Apesar do grande número de perguntas, a maioria dos idosos não o considerou “maçador”. Muitos inquiridos referiram inclusivamente ser importante transmitir a sua experiência e opinião, não se limitando muitas vezes a seleccionar a opção que consideravam mais adequada ao seu caso, complementando a resposta com a justificação da opção escolhida.

CONCLUSÕES

Os resultados do presente estudo permitiram retirar as seguintes conclusões:

- a institucionalização teve um impacto positivo na satisfação da necessidade humana fundamental *evitar perigos para si e para os outros*, essencialmente relacionada com questões de segurança, e em aspectos pontuais de outras necessidades relacionados com acessibilidade e repouso;
- a institucionalização teve um impacto negativo na satisfação de necessidades enquadradas no plano social, nomeadamente *ocupar-se para se sentir útil, comunicar e recrear-se*, bem como em aspectos relacionados com preferências individuais, privacidade e motivação de outras necessidades humanas fundamentais;
- não se verificaram diferenças estatisticamente significativas quanto à média de respostas favoráveis à casa ou ao lar na satisfação de necessidades humanas fundamentais entre os sexos, tempo de internamento no lar (até um ano de internamento e mais de um ano) e grupos etários (entre 65 e 74 anos e 75 ou mais anos);
- a maioria dos residentes (65,6%) quando foi para o lar não queria lá residir, mas considerou não ter outra alternativa. Percentagem semelhante (69,6%) afirmou que a decisão de ir viver para o lar não foi sua, e 40,0% afirmaram ter-se sentido obrigado por outros a residir no lar;
- a principal causa de institucionalização no lar percebida pelos idosos esteve relacionada com ausência, perda recente ou proximidade de suporte social;

- os níveis de satisfação em residir num lar foram superiores nos indivíduos que residiam no lar há mais de um ano comparativamente aos que residiam no lar há um ano ou menos.

RECOMENDAÇÕES

Tendo por base os resultados obtidos no presente estudo consideraram-se algumas recomendações direccionadas essencialmente aos dirigentes dos lares e responsáveis por cuidados às pessoas idosas institucionalizadas em lares:

- assegurar um plano individual de cuidados para todos os residentes, baseado numa avaliação inicial com a caracterização da pessoa, forma habitual de satisfazer as suas necessidades humanas fundamentais, incluindo gostos e preferências. Perceber mediante essa colheita, as implicações que a institucionalização poderá ter na satisfação das necessidades humanas e minimizá-las dentro do possível, recorrendo para isso a recursos do idoso, família, lar e outras respostas no âmbito comunitário. Actualizar o plano de cuidados regularmente e adequar as estratégias ao longo do tempo de institucionalização. Ter em conta o período de adaptação/integração no lar, proporcionando um maior acompanhamento da pessoa idosa nessa fase, recorrendo se possível a outros residentes neste processo, de forma a promover precocemente boas relações dentro do lar;
- fomentar e acompanhar a redefinição do projecto de vida individual após a entrada para o lar, para que a pessoa idosa possa estabelecer planos futuros a curto, médio e longo prazo, e se sinta mais ocupada, útil e com responsabilidades;
- ter em conta, sempre que possível, as preferências no que diz respeito à necessidade humana básica comer e beber, respeitando a componente cultural, psicológica e social, promovendo ao residente mais que o simples fornecimento de nutrientes considerado adequado;

- assegurar a privacidade individual de cada pessoa como direito fundamental, procurando em cada situação formas de promover espaço e tempo à pessoa idosa que assegure a satisfação das necessidades humanas fundamentais com autonomia;
- providenciar o acesso/transporte ao serviço religioso a quem tenha por hábito frequentá-lo, para que os residentes consigam satisfazer a necessidade praticar a religião ou agir segundo as crenças de forma mais completa;
- promover a mudança de área de voto para um local perto do lar, e, se possível, organizar o transporte até às urnas em dias de eleições, para os idosos que não possam ir sozinhos ou com a família, tenham oportunidade de desempenhar esse acto de cidadania a que têm direito;
- garantir o respeito pelo direito da pessoa idosa ingressar numa estrutura residencial por decisão própria e não compactuar com situações em que a pessoa, não só não decide, como ainda se sente obrigada por outros a residir numa instituição, quando mantém a capacidade de decisão;
- desenvolver estratégias que visem a manutenção ou melhoria das relações da pessoa idosa residente com a família, amigos e outros membros da comunidade, através de eventos proporcionados pelo lar, integração da pessoa idosa em actividades no exterior do lar, disponibilização de espaço e privacidade para a família do idoso na instituição e alargamento das horas previstas para as visitas ou mesmo abolição de horários para tal;
- Estimular a participação de voluntários na instituição de forma a permitir aos idosos maior interacção social, especialmente com pessoas de grupos etários diferentes, estimulando a relação intergeracional. Esta participação poderá ser procurada nos recursos existentes na comunidade onde o lar está inserido, nomeadamente através de propostas às escolas de possíveis actividades a desenvolver no lar, incluídas no âmbito da formação cívica, projectos de área escola, trabalhos manuais, entre outros;
- Reflectir acerca das propostas de oferta de ocupação de tempos livres no lar, avaliando a sua adequação à população alvo, procurando dentro desta sugestões que visem satisfazer a necessidade de recrear-se de uma forma mais completa e gratificante.

Deixa-se também um desafio aos investigadores na área da Saúde Comunitária:

- aumentar os estudos realizados na área dos cuidados aos idosos institucionalizados em lares, para que de uma forma consistente se discutam os problemas identificados e acima de tudo, se intervenha para que as pessoas idosas possam independentemente do contexto em que passam a sua velhice, ver garantidos os seus direitos humanos fundamentais e tenham uma vida o mais completa possível mediante as suas actuais circunstâncias;

- Promover a discussão dos cuidados na perspectiva dos idosos residentes e familiares, mas perceber também os problemas e necessidades sentidas por dirigentes e funcionários dos lares que possam limitar a qualidade dos serviços prestados. Desta forma, as estratégias de intervenção subsequentes poderão ser mais concertadas e efectivas.

BIBLIOGRAFIA

Adam E. Ser enfermeira. Lisboa: Instituto Piaget; 1994.

Albarelo L, Digneffe F, Hiernaux JP, Maroy C, Ruquoy D, Saint-Georges P. Práticas e métodos de investigação em ciências sociais. 1ª ed. Lisboa: Gradiva; 1997.

Arantes P. Perspectiva holística do idoso: uma visão necessária. Revista Sinais Vitais 2006 Maio: (48): 62-66.

Associação Portuguesa de Nutricionistas. European nutrition for health alliance alerta para a má nutrição nos idosos. 2006; Disponível em:
<http://www.apn.org.pt/apn/popus/newseindow.php?id=615>. Acesso em: 3 de Nov. 2006.

Azeredo Z. Como despende o idoso o seu tempo. Geriatria 2001 Fevereiro; 14 (131): 14-21.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: edições 70; 1995.

Barkay A, Tabak N. Elderly residents' participation and autonomy within a geriatric ward in a public institution. International journal of Nursing Practice 2002; 8: 198-209.

Barros R. O bem-estar dos idosos em lares: contributos da Enfermagem: estudo exploratório. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; 2001.

Berger L, Mailloux-Poirier D, Phaneuf M. Pessoas Idosas – Uma abordagem global – Processo de enfermagem por necessidades. Lisboa: Lusodidacta; 1995.

Berkhout A, Boumans F, Nijhuist F, Van Breukelen G, Abu-Saad H. Effects of resident-oriented care on job characteristics of nursing caregivers. *Work & stress* October-December 2003; 17 (4): 337-353.

Bogdan R, Biklen S. *Investigação qualitativa em educação*. Porto: Porto Editora; 1999.

Bolander V. Sorensen e Luckmann enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica. 1ª ed. Lisboa: Lusodidacta; 1998.

Bond J, Corner L. *Quality of life and older people. Rethinking Ageing Series*. London: Open University Press. McGraw- Hick Education; 2004.

Bonfim C. *et al.*. *Lar para idosos (Condições de implantação, localização, instalação e funcionamento)*. Lisboa: Direcção – Geral da Acção Social – Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação; 1996.

Bravo G, Charpentier M, Dubois MF, DeWalls P, Edmond A. Profile of residents in unlicensed homes for the aged in the eastern townships of Quebec. *CMAJ* 1998 Jul. 28; 159 (2): 143-8.

Bruto da Costa A. *Exclusões Sociais*. 2ª ed. Lisboa: Gradiva Publicações; 2001.

CID – Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social. *Manual de Boas Práticas para lares de Idosos*. Lisboa: Instituto da Segurança Social, I.P; 2005b.

CID – Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social. *Plano de Auditoria Social – Resultados Preliminares dos Estudos de Caso em Lares para Pessoas Idosas*. Apresentação dia 23 de Maio de 2005 no LNEC, Lisboa; 2005a.

Cooper T. *Reactions of Staff to Sexuality of Nursing Home Patients*. National Association of Social Workers 1981: 506-509.

Cordeiro M. *Avaliação da saúde em gerontologia*: In Costa M, Agreda J, Ermida *et al.* *O Idoso: Problemas e Realidades*. Capítulo 4. Coimbra: Formasau; 1999. p51-62.

Cordeiro M. Entre este mundo e o outro: um estudo sobre velhos institucionalizados. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa; 2001.

Costa M. Cuidados de Enfermagem aos Idosos. In: Paúl C. Fonseca A. Envelhecer em Portugal. Lisboa: Climepsi; 2005. p255-278.

Costa M. Cuidar idosos: formação, práticas e competências dos enfermeiros. Lisboa: Edições Sinais vitais; 2002.

Costa M. Enfermeiros: Dos percursos de formação à produção de cuidados. Lisboa: Edições Fim de século; 1998.

Costa M. Questões Demográficas: repercussões nos cuidados de saúde e na formação dos Enfermeiros. In Costa M, Agreda J, Ermida *et al.* O Idoso: Problemas e Realidades. Cap.1. Coimbra: Formasau; 1999. p7-22.

Davies S, Ellis L, Laker S. Promoting autonomy and independence for older people within nursing practice: an observational study. *Journal of Clinical Nursing* 2000; 9: 127 – 136.

Direcção-Geral de Saúde. Programa Nacional para Pessoas Idosas. Circular Normativa. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2004.

Dorahy M, Lewis C, Schumaker J, Akuamoah-Boateng R, Duze M, Sibiya T, A cross-cultural analysis of religion and life satisfaction. *Mental Health, Religion & Culture* 1998; 1 (1): 37-40.

Drageset J. The importance of activities of daily living and social contact for loneliness in nursing homes: a survey among residents in nursing homes. *Scand J Caring Sci* 2004; 18: 65-71.

Dyck M. Evidence-Based Administrative Guideline: Quality Improvement in Nursing Homes. *Journal of Gerontological Nursing* 2005 February; 31 (2): 4-10.

Ermida J. Processo de Envelhecimento: In Costa M, Agreda J, Ermida *et al.* O Idoso: Problemas e Realidades. Cap. 3. Coimbra: Formasau; 1999. p.41-50.

Evans B, Crogan N, Shultz J. The meaning of mealtimes: Connection to the Social World of the Nursing Home. *Journal of Gerontological Nursing* 2005 February; 31(2): 13-17.

Fernandes A. Velhice, solidariedades familiares e política social: Itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Sociologia, problemas e práticas*, nº36. Oeiras: Celta Editora; 2001. p39-52.

Fernandes J. Qualidade de Vida e Auto-Eficácia em Idosos Institucionalizados. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada; 2000.

Foddy W. Como Perguntar: Teoria e Prática da Construção de Perguntas em Entrevistas e Questionários. Oeiras: Celta Editora; 1996.

Fontaine R. Psicologia do envelhecimento. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores; 2000.

Fortin MF. O processo de Investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência; 1999.

Gale B. Advocacy for Elderly Autonomy: A Challenge for Community Health Nurses. *Journal of Community Health Nursing* 1989; 6(4): 191-197.

Gautier B. Investigação Social: da problemática à colheita de dados.: Lusociência; 2003.
Gerritsen D, Steverink N, Ooms ME., Ribbe M. Finding a useful conceptual basis for enhancing the quality of life of nursing home residents. *Quality of Life Research* 2004; 13: 611-624.

Ghiglione R, Matalon B. O Inquérito – Teoria e Prática. 4ª ed. Oeiras: Celta Editora; 2001.

Goffman E. Manicómios, Prisões e Conventos. Debates Psicologia, nº91. 7ªed. São Paulo: Perspectiva editora; 2003.

Graça M, Dias, C. O Inquérito Nacional de Saúde em Portugal – História, métodos e alguns resultados. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge; 2001.

Gracio E. Apoio social e financeiro na terceira idade. In Costa M, Agreda J, Ermida *et al.* O Idoso: Problemas e Realidades. Cap. 8 Coimbra: Formasau; 1999. p.135-148.

Henderson V, Nite G. Principles and Practice in Nursing. 6ª ed. New York: Macmillan Publishing; 1978.

Hicks C. Métodos de Investigação para Terapeutas Clínicos – Concepção de Projectos de Aplicação e Análise. 3ª ed. Loures: Lusociência; 2006.

Hill M, Hill A. Investigação por questionário. 1ª ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2000.

Hortelão A. Envelhecimento e qualidade de Vida: Estudo Comparativo de Idosos Residentes na Comunidade e Idosos Institucionalizados na Região de Lisboa. Lisboa: Universidade Aberta; 2003.

INE. Destaque Informação à comunicação social, 28 de Setembro de 2005, Dia Internacional do Idoso. Disponível em www.ine.pt.

INE. O Envelhecimento em Portugal: Evolução Demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas. Estudo elaborado no âmbito da II Assembleia Mundial do Envelhecimento, Madrid 2002. Disponível em: www.ine.pt.

Ingmar P, Health and Evaluations In: Louhiala P and Stenman S (eds), Philosophy Meets Medicine, Helsinki University Press, 2000.

Instituto do Emprego e Formação. Classificação Nacional de Profissões – Versão 1994. 2ªed. Lisboa: Instituto do Emprego e Formação; 2001.

Kalache A. Active Ageing makes the difference. Bulletin of the World Health Organization 1999; 77 (4).

Knight J. Ethics of care in caring for the elderly. South Med J 1994 Sep; 87(9): 909-17.

Leino-Kilpi H, Valimaki M, Dassent T, *et al.*. Perceptions of Autonomy, Privacy and Informed Consent in the Care of Elderly People in Five European Countries: General Overview. Nursing Ethics 2003; 10 (1): 18-27.

Leven N, Jonsson H. Doing and Being in the Atmosphere of the Doing: Environmental Influences on Occupational Performance in a Nursing Home. Scandinavian Journal of Occupational Therapy 2002; 9: 149-155.

Malveiro A. Ser velho no Alentejo – Lares de 3ª idade em Beja. Évora: Departamento de Sociologia da Universidade de Évora; 1997.

Martyn R, Fabiano L. Social work practice with institutionalized frail elderly. In: Holosko M, Feit M. Social work practice with the elderly. 3rd ed. Ch. 15. Toronto: Canadian Scholars' Press; 2004. Cap. p. 337-358.

Maslow, A. Motivation and Personality. 2ª ed. New York Evanston: Harper & Row; 1970.

Mendonça dos Reis, M., A participação da pessoa idosa residente num lar nas actividades pessoais e sociais. Lisboa: Faculdade das Ciências Humanas e da Saúde da Universidade Católica Portuguesa; 1998.

Miguel M. Análise Ecológica dos Equipamentos Colectivos para Idosos na Cidade de Beja (estudo exploratório). Évora: Universidade de Évora; 1997.

Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde: Orientações estratégicas para 2004-2010. Versão Dezembro 2003. Disponível em: www.dgs.pt.

Ministério da Segurança Social e do Trabalho. Prevenção da Violência Institucional – Perante as pessoas idosas e pessoas em situação de dependência. Edição do Instituto para o desenvolvimento Social; 2002.

Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Carta Social – Rede de serviços e Equipamentos. Departamento de Estudos, Prospectiva e Planeamento; 2000.

Ministério do Trabalho e Solidariedade, Ministério da Economia. Guia Interpretativo para a Aplicação da Norma ISSO DIS 9001: 2000: Lisboa; 2000.

Ministério do Trabalho e Solidariedade. Intervenção do Secretário de Estado na abertura do I Congresso em Avaliação e Intervenção em Gerontologia Social, Inovação e Futuro dos Lares de Idosos: Porto; 2005. Disponível em: www.mtss.gov.pt.

Moniz J. A Enfermagem e a pessoa idosa: A pratica de cuidados como experiência formativa. Loures: Lusociência; 2003.

Moreira J. Questionários: Teoria e Prática. Coimbra: Almedina; 2004.

Morrison P. Para compreender os doentes. Colecção Enfermagem. Lisboa: Climepsi Editores; 2001.

Nabi W. Voting practices of the residents of nursing and residential homes. Int J Geriatr Psychiatry 2002; 17: 589-590.

Nações Unidas. Implementation of the International Plan of Action on Ageing and related activities. 74th plenary meeting; 16 December 1991. Disponível em: www.un.org/documents/ga/res/46/a46r091.htm.

Netto M. Gerontologia – A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada. São Paulo: Atheneu; 2002.

OMS. Active Ageing, A Policy Framework. A contribution of OMS to the Second Nações Unidas World Assembly on Ageing: Madrid; 2002.

OMS. Ageing and Health at OMS. 1999. Disponível em:

http://www.oms.int/docstore/world-health-day/en/pages1999/whd99_1.html. Acesso em: 9 de Maio de 2005.

OMS. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. New York; 1948.

OMS. The role of Physical Activity in Healthy Ageing. Prepared by Dr Riitta-Liisa Heikkinen The Finnish Centre for Interdisciplinary Gerontology under the guidance of the World Health Organization Ageing and Health Programme; 1998.

Paillat P. Problèmes démographiques d'aujourd'hui. Paris: Hatier; 1976.

Parse R, Coiné A, Smith, M. Nursing Research qualitative methods. Bowie, MD.: Brady Communications Company; 1985.

Patchner L, Patchner M. Social work practice in nursing homes. In: Holosko M, Feit M. Social work practice with the elderly. 3rd ed. Ch. 16. Toronto: Canadian Scholars'Press; 2004. p.359-380.

Paúl C. Lá para o fim da vida, idosos, família e meio ambiente. Coimbra: Livraria Almedina; 1997.

Phaneuf M, Grondin L. Manual de enfermagem – utilização dos diagnósticos de Enfermagem. Coleção medicina e Saúde. Lisboa: Instituto Piaget; 2000.

Pimentel L. O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias. Coimbra: Quarteto Editora; 2001.

Pimentel L. O lugar do idoso nas redes de interação e solidariedade primárias: um estudo comparativo e casos de institucionalização e não institucionalização. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e Empresa; 1995.

Queiroga S. O papel da Animação Sócio-Cultural na Inserção Social. *Geriatrics* 2002 Fevereiro; 15 (141): 33-46.

Quintela M. O Papel dos Lares de 3ª Idade. *Geriatrics* 2001 Setembro; 14 (136): 37-45.

Randers I, Mattiasson A. Autonomy and integrity: upholding older adult patients dignity. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 45(1): 63-71.

Randers I, Mattiasson A. The Experiences Of Elderly People In Geriatric Care With Special Reference to Integrity. *Nursing Ethics* 2000; 7 (6): 503-519.

Reis L. Idosos. Um segmento de mercado em explosão? O caso das residências geriátricas. Porto: Universidade do Porto; 1994.

Riopelle L, Grondin L, Phaneuf M. Soins infirmiers : un modèle centré sur les besoins de le personne. Montréal: McGraw-Hill: 1984.

Robert L. O Envelhecimento. Lisboa: Instituto Piaget; 1995.

Rodrigues S. Solidão é um dos principais motivos de internamentos de idosos em lares: Público; 08.05.2005. Disponível em: www.publico.pt. Acesso em: 4 de Março de 2006.

Sacco-Peterson M, Borell L. Strugles for autonomy in self-care: the impact of the physical and socio-cultural environment in a long-term care setting. *Nordic College of Caring Sciences, Scand J Caring Sci*, 2004; 18: 376-386.

Schulz J. The economics of aging. 6ª ed. London: Auburn House; 1995.

Secretaria de Estado da Segurança Social. População idosa: lares. Lisboa: D.S.I.E.; 1991.

Sousa L, Figueiredo D, Cerqueira M. Envelhecer em família; Os cuidados familiares na velhice. Porto: Colecção Idade do Saber; 2004.

Squire A, Simnett I. Saúde e Bem-estar para Pessoas Idosas: fundamentos básicos para a prática. Loures: Lusociência; 2004.

Szreter S. The state of social capital: Bringing back in power, politics, and history. *Theory and Society*. Renewal and Critique in Social Theory 2002; 31 (5): 573-621.

Teeri S, Leino-Kilpi H, Valimaki M. Long-Term Nursing Care of Elderly people: Identifying Ethically Problematic Experiences Among Patients, Relatives and Nurses in Finland. *Nursing Ethics* 2006; 13 (2): 116-129.

Timmermann S. Long-Term Care Choices: What about assisted living? *Journal of Financial Service Professionals* May 2004: 27-30.

Tracana I, Santos F, Caetano C, Sotto Mayor M, Varandas I. Estudo de uma população idosa institucionalizada – Avaliação dos níveis de comprometimento cognitivo e funcional. *Geriatrics Nov.* 2000; 13 (128): 45-56.

Vala J. A Análise de Conteúdo. In: Silva A, Pinto J. (Orgs). *Metodologias das ciências sociais*. 8ª ed. Lisboa: Edições Afrontamento; 1986. Cap. IV p.101-128.

Watt S, Soifer A. Conducting psychosocial assessments with the elderly. In: Holosko M, Feit M. *Social work practice with the elderly*. 3rd ed. Ch. 3. Toronto: Canadian Scholars'Press; 2004. p. 49-66.

Weinberg J. Balancing autonomy and resources in healthcare for elders. *Generations*. Fall 98; 22 (3): 92- 97.

Zimmerman G. *Velhice Aspectos Biopsicossociais*. 1ª Reimpressão. São Paulo: Artmed Editora; 2005.

Apêndice 1

Índice de Tabelas e Figuras

1. Tabelas

Tabela 1 – Lotação prevista por lar, número de inquiridos por lar e percentagem de inquiridos por lar face ao total da amostra	52
Tabela 2 – Distribuição da amostra por sexo	53
Tabela 3 – Distribuição da amostra por lar e sexo	53
Tabela 4 – Distribuição da amostra por grupo etário	54
Tabela 5 – Distribuição da amostra por grupo etário e sexo	55
Tabela 6 – Distribuição da amostra por estado civil e sexo	56
Tabela 7 – Profissão exercida mais tempo	57
Tabela 8 – Distribuição da amostra por escolaridade e sexo	58
Tabela 9 – Percepção individual de saúde por sexo	59
Tabela 10 – Percentagem de indivíduos que classificou a sua saúde como má ou muito má	60
Tabela 11 – Tempo de residência no lar	61
Tabela 12 – Motivo de entrada no lar	62
Tabela 13 – Principais motivos de entrada no lar	63
Tabela 14 – Distribuição das variáveis relativas à satisfação da necessidade <i>Evitar os perigos para o próprio e para os outros</i>	64
Tabela 15 – Distribuição das variáveis relativas à satisfação da necessidade <i>Comer e Beber</i>	66
Tabela 16 – Distribuição das variáveis relativas à satisfação da necessidade <i>Respirar</i>	67
Tabela 17 – Distribuição das variáveis relativas à satisfação da necessidade <i>Aprender</i>	68
Tabela 18 – Distribuição das variáveis relativas à satisfação da necessidade <i>Dormir e repousar</i>	69
Tabela 19 – Distribuição das variáveis relativas à satisfação da necessidade <i>Estar limpo, cuidado e proteger os tegumentos</i>	70
Tabela 20 – Distribuição das variáveis relativas à satisfação da necessidade <i>Vestir-se e despir-se</i> ..	71
Tabela 21 – Distribuição das variáveis relativas à satisfação da necessidade <i>Manter a temperatura do corpo nos limites normais</i>	72
Tabela 22 – Distribuição das variáveis relativas à satisfação da necessidade <i>Eliminar</i>	73
Tabela 23 – Distribuição das variáveis relativas à satisfação da necessidade <i>Praticar a religião ou agir segundo as próprias crenças</i>	74

Tabela 24 – Distribuição das variáveis relativas à satisfação da necessidade <i>Ocupar-se para se sentir útil</i>	75
Tabela 25 – Distribuição das variáveis relativas à satisfação da necessidade <i>Recrear-se</i>	78
Tabela 26 – Distribuição das variáveis relativas à satisfação da necessidade <i>Comunicar com os semelhantes</i>	80
Tabela 27 – Distribuição das variáveis relativas à satisfação da necessidade <i>Movimentar-se e manter uma postura correcta</i>	82
Tabela 28 – Razão da insatisfação em residir num lar	87
Tabela 29 – Razão da não satisfação nem insatisfação em residir num lar	88
Tabela 30 – Razão da satisfação em residir num lar	89
Tabela 31 – Razão de voltar a viver na sua casa se tivesse possibilidade	92
Tabela 32 – Razão de não voltar a viver na sua casa se tivesse possibilidade	93
Tabela 33 – O que gosta mais no lar	102
Tabela 34 – O que gosta menos no lar	104
Tabela 35 – Grau de satisfação de vida em idosos institucionalizados	106
Tabela 36 – O que tornaria a sua vida melhor	108

2. Figuras

Figura 1 – Percentagem de indivíduos distribuídos pela percepção individual de saúde	59
Figura 2 – Percentagem de indivíduos distribuídos pelo grau de satisfação em residir num lar	84
Figura 3 – Número de indivíduos distribuídos pelo grau de satisfação em residir num lar e tempo de residência no lar	85
Figura 4 – Associação entre satisfação em residir num lar e local onde se é mais feliz	86
Figura 5 – Associação entre satisfação em residir num lar e regresso a casa se possível	91
Figura 6 – Percentagem de indivíduos distribuídos pelo desejo de ingresso no lar	94
Figura 7 – Número de indivíduos distribuídos pelo desejo de ingresso no lar e local onde consideravam ser mais felizes	95
Figura 8 – Percentagem de indivíduos distribuídos pela decisão de ingresso no lar	96
Figura 9 – Associação entre satisfação em residir num lar e decisão de ida para o lar	96
Figura 10 – Número de indivíduos distribuídos pela decisão de ida para o lar e regresso a casa se possível	97
Figura 11 – Número de indivíduos distribuídos pela decisão de ida para o lar e local onde consideravam ser mais felizes	98
Figura 12 – Percentagem de indivíduos distribuídos por quem consideravam ter decidido a sua ida para o lar	98
Figura 13 – Percentagem de indivíduos distribuídos por considerarem ter sido, ou não, obrigados por outros a residir no lar	99
Figura 14 – Associação entre satisfação em residir num lar e sentir-se obrigado(a) por outros a residir no lar	100

Figura 15 – Percentagem de indivíduos distribuídos por quem consideravam ter sido obrigados a residir no lar	100
Figura 16 – Percentagem de indivíduos distribuídos pela avaliação do lar onde residiam	101
Figura 17 – Percentagem de indivíduos distribuídos por grau de satisfação de vida	106
Figura 18 – Associação entre a satisfação de vida e tempo de residência no lar	107

Apêndice 2

Lista de Abreviaturas

ALI – Associação de Lares de Idosos e Centros de Dia

CID – Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social. Plano de Auditoria Social:
Crianças, Idosos e Deficientes – Cidadania, Instituições e Direitos

CNP 94 – Classificação Nacional de Profissões - Versão 1994

DGS – Direcção-Geral de Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

Apêndice 3

Questionário

Nº _____

Data: ____/____/____

Questionário

Este questionário surge no âmbito da realização de um Mestrado em Saúde Comunitária na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e conta com a sua valiosa participação para ajudar a conhecer a perspectiva de quem reside em lares acerca de alguns aspectos do dia a dia. Este inquérito não é um teste e por isso não existem respostas certas ou erradas. Não precisa de dizer o seu nome, pois o questionário é anónimo, e agradece-se a sua honestidade nas respostas, com a garantia que estas não serão divulgadas individualmente nem a instituição onde reside será identificada.

Obrigada pela colaboração!

Uma vez que muitas pessoas nunca participaram num inquérito deste género, passo a ler-lhe um parágrafo que explica como funciona. Vou colocar-lhe um conjunto de perguntas exactamente como elas foram escritas para que todas as pessoas que respondem a este questionário respondam às mesmas questões. Existem 2 tipos de perguntas. Num dos tipos, é-lhe pedido que responda pelas suas próprias palavras, e eu apontarei exactamente aquilo que respondeu, palavra por palavra. No outro tipo de perguntas, é-lhe fornecida uma lista de respostas, e o(a) senhor(a) escolherá uma das opções propostas que achar mais adequada ao seu caso. Se, em alguma parte deste inquérito tiver dúvidas sobre as questões aplicadas, esteja à vontade para as colocar.

1 - Lar: _____

2 - Lotação: _____

3 - Idade: _____

4 - Sexo: 1-Masculino ☐ 2-Feminino ☐

5 - Estado Civil:

1 - Solteiro ☐

2 - Viúvo ☐

3 - Divorciado/Separado ☐

União de Facto - Reside com o cônjuge no lar

4 - Sim ☐

5 - Não ☐

Casado - Reside com o cônjuge no

6 - Sim ☐

7 - Não ☐

6 - Qual foi a profissão que exerceu durante mais tempo? _____

7 - Escolaridade:

1- Não sabe ler nem escrever ☐

2- Sabe ler e escrever, mas não completou a 4ª classe ☐

3- 4ª Classe ☐

4- Liceu – 5º Ano ☐

5- Liceu – 7º Ano ☐

6- Curso Técnico ☐

7- Faculdade ☐

8- Mestrado ☐

9- Doutoramento ☐

8 - Como classifica a sua saúde?

1 -Muito má ☐

2 -Má ☐

3 -Razoável ☐

4 - Boa ☐

5-Muito Boa ☐

9 - Há quanto tempo reside no lar? _____

10 - Porque razão veio viver para o lar? _____

Em seguida vou colocar-lhe algumas questões que pretendem comparar o lar onde vive com a casa onde antes residia. Para cada afirmação que lhe vou ler, deverá escolher uma das quatro opções possíveis, que são: em casa, no lar, é igual nos dois sítios ou não se aplica.

Vou dar-lhe um exemplo de uma questão e como poderiam ser as respostas:

Se lhe perguntasse: “Gosta mais de ver futebol”, a sua resposta poderia ser que gostava mais de ver futebol em casa, que gosta mais de ver futebol no lar ou que é igual nos dois sítios. Poderá haver perguntas neste questionário que não acontecem consigo, por exemplo podia não gostar de ver futebol e assim sendo a resposta seria não se aplica, porque a questão não fazia sentido no seu caso.

Quando comparar a casa e o lar nas várias perguntas, tente lembrar-se da altura imediatamente antes de entrar no lar.

Satisfação de Necessidades Humanas Fundamentais

Evitar os perigos para o próprio e para outrem:

	1 - Em casa	2 - No lar	3 - É igual nos dois sítios	4 - Não se aplica
11 - Sente-se mais seguro(a) a viver:				
12 - Acha que tem mais risco de cair *:				
13 - Dá conta da sua medicação, melhor:				
14 - Sente que cuida melhor da sua saúde:				

Beber e Comer:

	1 - Em casa	2 - No lar	3 - É igual nos dois sítios	4 - Não se aplica
15 - A comida sabe-lhe melhor:				
16 - A comida é melhor para a saúde:				
17 – Bebe mais vezes as suas bebidas preferidas:				
18 - Come mais vezes os seus pratos preferidos:				
19 - É mais fácil comer e beber:				
20 - O horário das refeições é melhor:				

Respirar:

	1 - Em casa	2 - No lar	3 - É igual nos dois sítios	4 - Não se aplica
21 - O ar que respira é mais saudável:				
22 – Cansa-se mais *:				
23 - Os cheiros são mais agradáveis:				

Aprender:

	1 - Em casa	2 - No lar	3 - É igual nos dois sítios	4 - Não se aplica
24 - Está melhor informado dos assuntos que lhe interessam:				
25 - Aprende mais coisas novas:				
26 - Sabe mais sobre a sua saúde:				
27 - Sente mais vontade de aprender coisas novas:				

Dormir e repousar:

	1 - Em casa	2 - No lar	3 - É igual nos dois sítios	4 - Não se aplica
28 - Dorme melhor:				
29 - Descansa melhor:				
30 - Sente-se mais confortável:				
31 - Gosta mais do seu quarto:				

Estar limpo, cuidado e proteger os tegumentos:

	1 - Em casa	2 - No lar	3 - É igual nos dois sítios	4 - Não se aplica
32 - Gosta mais de tomar banho:				
33 - Sente-se mais à vontade a tomar banho:				
34 - É mais fácil tomar banho:				
35 - Penteia-se melhor:				
36 - Perfuma-se mais:				
37 - Cuida melhor das unhas:				
38 - Cuida melhor dos dentes:				
39 - Cuida melhor da pele:				
40 - É mais vaidoso(a):				

Vestir e despir-se:

	1 - Em casa	2 - No Lar	3 - É igual nos dois sítios	4 - Não se aplica
41- Preocupa-se mais com o que veste:				
42 - Anda mais bem vestido:				
43 - Sente-se mais à vontade em vestir-se e despir-se:				
44 - Arranja-se mais:				

Manter a temperatura do corpo dentro dos limites normais:

	1 - Em casa	2 - No lar	3 - É igual nos dois sítios	4 - Não se aplica
45 – A temperatura da casa é mais agradável:				
46 - É mais fácil aquecer-se quando tem frio:				
47 - É mais fácil refrescar-se quando tem calor:				

Eliminar

	1 - Em casa	2 - No lar	3 - É igual nos dois sítios	4 - Não se aplica
48 - Sente-se mais à vontade em utilizar a casa de banho:				
49 - É mais fácil utilizar a sanita:				
50 - Regula melhor os seus intestinos:				
51 - É mais fácil chegar da cama à sanita:				

Praticar a religião ou agir segundo as próprias crenças:

	1 - Em casa	2 - No lar	3 - É igual nos dois sítios	4 - Não se aplica
52 - É mais fácil rezar:				
53 - É mais fácil ir à missa:				

Ocupar-se para se sentir útil:

	1 - Em casa	2 - No lar	3 - É igual nos dois sítios	4 - Não se aplica
54 - Está mais ocupado(a):				
55 -Sente-se mais útil:				
56 - Tem mais responsabilidades:				
57 - Faz mais coisas fora de casa:				
58 - Orienta melhor o seu dinheiro:				
59 - Decide mais pela sua cabeça:				
60 - É mais fácil ir votar:				

Recrear-se:

	1 - Em casa	2 - No lar	3 - É igual nos dois sítios	4 - Não se aplica
61 - Diverte-se mais:				
62 - Passeia mais:				
63 - Vê mais televisão:				
64 - Vê mais vezes os seus programas preferidos:				
65 - Sente-se mais aborrecido *:				
66 - Lê mais daquilo que gosta:				
67 - Dança mais:				
68 - Compra mais coisas que gosta:				
69 - Ouve mais música que gosta:				
70 - Joga mais:				
71 - Borda mais:				
72 - É mais feliz:				

Comunicar com os semelhantes

	1 - Em casa	2 - No lar	3 - É igual nos dois sítios	4 - Não se aplica
73 - Sente-se com mais amigos:				
74 - Fala mais com a sua família:				
75 - Passa mais tempo com as pessoas que gosta:				
76 - Sente-se mais sozinho(a) *:				
77 - Conversa mais:				
78 - Sente que tem mais pessoas que gostam de si:				
79 - Sente-se mais à vontade com as pessoas que estão à sua volta:				

Movimentar-se e manter uma postura correcta:

	1 - Em casa	2 - No lar	3 - É igual nos dois sítios	4 - Não se aplica
80 - Anda mais:				
81 - É mais fácil andar dentro de casa:				
82 - É mais fácil ir até à rua:				
83 - Sente mais vontade de andar:				
84 - É mais fácil entrar e sair da cama:				
85 - É mais fácil sentar-se e levantar-se no sofá:				

Em seguida vou colocar-lhe algumas questões onde lhe darei em cada uma, as opções de resposta que nem sempre serão iguais em todas as perguntas.

86 - Em que medida se sente satisfeito(a) ou insatisfeito(a) por residir num Lar?

1-Muito insatisfeito ☐ 2-Insatisfeito ☐ 3-Nem satisfeito, nem insatisfeito ☐ 4-Satisfeito ☐ 5-Muito satisfeito ☐

Porquê?

87 - Se tivesse possibilidade, voltaria a viver na sua casa? 1-Sim ☐ 2-Não ☐
Porquê?

88 – Quando veio viver para o lar:

- 1- Queria muito viver no lar ☐
 2- Queria viver no lar, mas pouco ☐
 3- Não queria viver no lar, mas não se importou de vir ☐
 4- Não queria mesmo viver no lar, mas não teve alternativa ☐

89 – A decisão de vir viver para o Lar foi sua?

1-Sim ☐ 2 -Não ☐ Quem tomou essa decisão? _____

90 – Sentiu-se obrigado por alguém a vir viver para o Lar?

1-Não ☐ 2-Sim ☐ Por quem? _____

91 - Acha que o Lar onde vive é:

1-Muito mau ☐ 2-Mau ☐ 3-Razoável ☐ 4-Bom ☐ 5- Muito Bom ☐

92 – O que gosta mais no Lar?

93 – O que gosta menos no Lar?

94 - Neste momento em que medida se sente satisfeito(a) ou insatisfeito(a) com a sua vida no geral?

1-Muito insatisfeito ☐ 2-Insatisfeito ☐ 3-Nem satisfeito, nem insatisfeito ☐ 4-Satisfeito ☐ 5-Muito satisfeito ☐

95 – O que poderia tornar a sua vida melhor:
